Fundação Oncocentro de São Paulo

Registro Hospitalar de Câncer: Conceitos, rotinas e instruções de preenchimento

2013

2º edição

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO **p. 03**

1 ROTINAS E CONCEITOS **p. 05**

1.1 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER p. 05

1.2 PRINCIPAIS FUNÇÕES E ATIVIDADES p. 05

1.3 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO p. 07

1.4 ATIVIDADES DE TRABALHO p. 08

1.5 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS E DEFINIÇÕES p. 09

1.5.1 Data de início do registro de casos p. 10

1.5.2 Base do Registro Hospitalar de Câncer p. 10

1.5.3 Casos analíticos e não analíticos p. 10

1.5.4 Fontes de coleta dos dados p. 11

1.5.5 Caracterização do tratamento recebido p. 12

1.5.6 Informações de óbitos p. 13

1.5.7 Base do diagnóstico p. 13

1.5.8 Caracterização da clínica de atendimento na admissão p. 13

1.5.9 Datas p. 14

1.5.10 Classificação e codificação das neoplasias p. 15

1.5.11 Estadiamento clínico e TNM p. 16

1.5.12 Seleção dos casos para cadastramento p. 18

1.5.13 Seguimento p. 19

2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO **p. 21**

2.1 INFORMAÇÕES PRELIMINARES p. 21

2.2 INSTRUÇÕES GERAIS p. 22

2.3 PREENCHIMENTO DA FICHA DE ADMISSÃO p. 22

2.3.1 Identificação do paciente p. 23

2.3.2 Situação do paciente à admissão p. 26

2.3.3 Informações sobre a doença p. 26

2.3.4 Eventos desse atendimento p. 30

2.4 PREENCHIMENTO DA FICHA DE SEGUIMENTO p. 34

2.4.1 Identificação do paciente p. 35
2.4.2 Última informação do paciente p. 35
3 UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE RHC (SISRHC) p. 37
3.1 PRIMEIRO ACESSO p. 37
3.2 MENU PRINCIPAL p. 40
3.2.1 Informações sobre pacientes e admissões p. 40
3.2.2 Cadastro de admissão e do paciente p. 42
3.2.3 Informações sobre seguimentos p. 47
3.3 CONSULTAS DE MUNICÍPIOS, TOPOGRAFIA E MORFOLOGIA p. 50
3.4 MANUTENÇÃO DE USUÁRIOS p. 52
3.5 RELATÓRIOS p. 53
3.6 UTILITÁRIOS p. 55
3.7 AJUDA E MENU "SOBRE" p. 58
3.8 ATUALIZAÇÃO DO SISRHC p. 59
3.8.1 Quando atualizar p. 59
3.8.2 Como atualizar p. 60
4 CONTROLE DE QUALIDADE DA BASE DE DADOS p. 62
4.1 INDICADORES DE QUALIDADE E DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO/ TRATAMENTO p. 62
5 BOLETIM RHC p. 67
6 USO E ACESSO À BASE DE DADOS DO RHC/FOSP p. 67
7 CONTATOS COM A FOSP - EQUIPE RHC p. 69
8 DÚVIDAS FREQUENTES p. 69
9 ERROS FREQUENTES p. 77
10 GLOSSÁRIO p. 79
11 SIGLAS p. 84
ANEXOS p. 85
FICHA DE ADMISSÃO
FICHA DE SEGUIMENTO
GABARITO DO ARQUIVO *DBF*

APRESENTAÇÃO

Este manual proporciona suporte à implantação da nova versão do software SISRHC (versão nº 6.0) e surgiu da necessidade de revisão e atualização de alguns conceitos e rotinas já abordados na edição anterior. Estão incluídas orientações aos registradores quanto às modificações nas Fichas de Admissão e de Seguimento, bem como novas instruções de preenchimento.

No contexto da Política Nacional de Atenção Oncológica, as portarias nº 3535 de 02/09/1998 e nº 741 de 19/12/2005, do Ministério da Saúde, estabelecem como um dos critérios para credenciamento de um hospital na Rede de Atenção Oncológica, a implantação e a manutenção de um Registro Hospitalar de Câncer (RHC) na Instituição. Por atribuição da Secretaria de Estado da Saúde (Resolução SS 15 de 28/01/2000), cabe à Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp) a coordenação, reestruturação e processamento dos Registros Hospitalares de Câncer no estado de São Paulo.

O Registro Hospitalar de Câncer/Fosp iniciou suas atividades em 2000, tendo como objetivos conhecer e melhorar a assistência prestada ao paciente com câncer, desde o momento de sua chegada ao hospital para diagnóstico até o conhecimento de sua situação após a terapêutica proposta.

O cadastro sistemático dos casos de câncer diagnosticados e tratados no estado de São Paulo fornece condições para a construção de uma base de dados sobre câncer, cuja análise permite retratar a magnitude da doença em cada unidade hospitalar, constituindo fonte de informações sobre a qualidade da assistência e para o planejamento administrativo. Em uma análise global, os dados registrados possibilitam o conhecimento do panorama da assistência oncológica em todo o estado paulista, fornecendo subsídios para as ações de planejamento das políticas de saúde. É importante salientar que os números referentes ao RHC/Fosp não refletem o total de casos novos de câncer diagnosticados entre os residentes no estado, não se prestando desta forma para o cálculo das taxas de incidência de câncer.

A metodologia estabelecida prevê o envio trimestral de dados, que deverá ocorrer sempre no dia 10 de cada mês (março, junho, setembro e dezembro). Atualmente, 71 hospitais estão ativos e alimentam a base estadual de dados. Destes, 66 estão credenciados na Rede de Atenção Oncológica do estado de São Paulo. Os outros cinco hospitais são instituições voluntárias (particulares ou filantrópicas).

Considerando que a base de dados do RHC/Fosp já está consolidada, os gestores públicos podem contar com mais esta ferramenta para direcionamento dos programas de prevenção, controle e tratamento do câncer na população, a fim de se conseguir redução na incidência e proporcionar atendimento equitativo, oportuno e integral a todos que necessitarem de exames diagnósticos e tratamento.

Espera-se que este manual atualizado possibilite o conhecimento dos conceitos e das rotinas, bem como o cumprimento dos procedimentos de preenchimento, oferecendo suporte e orientação aos coordenadores e registradores que operam os RHCs.

Diretoria Adjunta de Epidemiologia e Informação

1 ROTINAS E CONCEITOS

1.1 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

O **Registro Hospitalar de Câncer** constitui-se em fonte de informações sistemáticas dos casos novos de neoplasias malignas diagnosticados e/ou tratados por determinado Hospital.

Tem como um dos objetivos principais cadastrar todos os casos novos atendidos e, a partir daí, conhecer a assistência prestada aos pacientes. Desta forma, busca atingir a melhoria da atenção médica dispensada ao paciente oncológico através do conhecimento da assistência oferecida.

Um Registro Hospitalar de Câncer tem também outras finalidades importantes, dentre as quais se podem destacar:

- servir como fonte de informações para o planejamento administrativo da Instituição;
- estimular investigações clínicas sobre câncer
- permitir a troca de informações com outros registros hospitalares e a organização de estudos colaborativos
- efetuar um controle eficiente do seguimento dos pacientes atendidos
- estimular a melhoria do prontuário médico, principal fonte de dados para o RHC

Outro ponto a destacar é que apenas através do RHC é possível efetuar, ao longo do tempo, o seguimento dos casos cadastrados, possibilitando, sobretudo, análise de sobrevida dos pacientes com câncer.

1.2 PRINCIPAIS FUNÇÕES E ATIVIDADES

A seguir, estão destacados alguns pontos em relação às principais funções e atividades de trabalho do RHC e etapas na sua construção.

O RHC tem várias funções, mas há quatro principais:

- a coleta de dados dos casos novos de câncer
- o seguimento dos casos cadastrados

- a emissão de relatórios e estatísticas a partir dos dados coletados
- servir de base para pesquisas e levantamentos epidemiológicos sobre câncer

A coleta de dados se dá através da utilização de dois instrumentos principais – a **Ficha de Admissão** e a **Ficha de Seguimento**.

O seguimento dos casos registrados busca documentar a doença e a condição do paciente ao longo do tempo, acompanhando a progressão do tumor e o surgimento de recidivas ou metástases. Estas informações são extremamente importantes, pois além de possibilitar análises de sobrevida, permitem avaliar resultados de diferentes tipos de tratamento por topografia e podem servir como base para medir a qualidade do próprio registro hospitalar e do atendimento prestado.

O processamento dos dados coletados irá fornecer relatórios e estatísticas que trarão um perfil do atendimento prestado na Instituição, que tanto pode ser descritivo (tipos mais frequentes de câncer, tratamentos realizados para cada um deles, diagnósticos realizados na Instituição) como servir para avaliação da assistência (tempo decorrido entre a chegada ao hospital e o diagnóstico, tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento, tratamentos propostos para diferentes tipos de câncer, tempo de sobrevida desde o diagnóstico e a partir de determinadas ocorrências).

A maior justificativa para implantação do RHC é a utilização de todos os dados e relatórios gerados por este no meio hospitalar. É muito importante que a equipe (coordenador e registradores) busque formas de divulgação frequente das informações geradas para as diversas áreas da Instituição, o que, ao longo do tempo, acaba funcionando como instrumento de melhoria para a própria qualidade dos dados. No Estado de São Paulo, por exemplo, já existem Instituições que trabalham periodicamente na criação de Boletins RHC, divulgando dados não só internamente, mas também, para outros Hospitais. Iniciativas como esta contribuem significativamente para a melhor qualidade das atividades envolvidas no âmbito do registro.

1.3 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO

A implantação de um Registro Hospitalar de Câncer passa por algumas etapas importantes para garantir seu sucesso e as melhores condições de operacionalização.

A primeira etapa consiste em avaliar as reais condições que o hospital oferece para implantação do RHC e quais as melhores estratégias a seguir, principalmente, para garantir a coleta dos dados a serem registrados. Desta avaliação deverão fazer parte o levantamento do volume de atendimentos, principalmente, de casos novos, recursos disponíveis (humanos, materiais e de informática), áreas a serem envolvidas dentro da Instituição, condições e organização do arquivo médico, dentre outros.

A integração com o Serviço de Arquivo Médico (Same) do hospital é fundamental, uma vez que este será a principal fonte de dados para o RHC e também com outras áreas (se for o caso) identificadas como "notificadoras" de casos novos de câncer, como por exemplo, a Anatomia Patológica.

Como segunda etapa, é importante que seja definida uma Comissão Assessora que terá, como atribuição principal, fornecer todo suporte técnico ao RHC. É importante que a Comissão seja criada tão logo se efetive a decisão de implantação do RHC e participe desde o início desta implantação, pois, desta forma, além de obter a necessária integração entre as áreas, estará sendo garantida a uniformidade nos procedimentos e decisões técnicas. Esta comissão deverá contar com representação das diversas áreas envolvidas, tais como, Anatomia Patológica, Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica, Radioterapia, Epidemiologia, Documentação Médica, Enfermagem e Assistência Social, dentre outras.

A terceira etapa constitui-se em definir uma equipe mínima que irá operacionalizar o Registro Hospitalar, composta basicamente de um coordenador e um ou mais registradores, além da Comissão Assessora.

O coordenador deverá ser um profissional médico, preferencialmente, com experiência em oncologia. Caberá a ele, dentre outras atribuições, coordenar a implantação do RHC, supervisionar e avaliar periodicamente os procedimentos realizados, elaborar o manual interno de rotinas e procedimentos, cuidar da preparação

e divulgação dos relatórios emitidos pelo Sistema, manter contatos periódicos e sempre que necessário com a Comissão Assessora e com outras Instituições.

O registrador, sendo devidamente treinado para desenvolvimento adequado de suas funções, será o responsável pela operacionalização rotineira do RHC. Na fase de implantação, a atividade principal do registrador será o cadastro de casos novos e, a partir do segundo ano, terá também a atividade de registrar o seguimento dos casos cadastrados.

Para que o trabalho do RHC se desenvolva de maneira mais produtiva é desejável uma sala que acomode a equipe, equipamentos de informática e materiais de utilização rotineira. É necessário ainda contar com pelo menos um microcomputador com configuração mínima necessária para operar o software a ser utilizado para processamento de dados e uma impressora.

1.4 ATIVIDADES DE TRABALHO

O Registro Hospitalar de Câncer baseia-se fundamentalmente na busca ativa dos casos de câncer e, ao longo do tempo, irá levantar a situação de cada caso registrado, ou seja, além de registrar tumores, realizar o seguimento dos mesmos no decorrer dos anos.

Cada hospital poderá adotar diferentes estratégias para identificação dos casos a serem registrados, sendo as mais comuns: busca direta em todos os prontuários abertos a partir da data definida como inicial para o RHC, notificação dos casos novos de câncer pelo corpo clínico do hospital e/ou através dos serviços de anatomia patológica. Algumas instituições utilizam também como "sinais de alerta" para o registrador os laudos referentes a câncer de alguns serviços, como por exemplo, da radiologia e da endoscopia.

De qualquer maneira, a equipe do RHC deve identificar cada uma das fontes de captação de dados e as formas de garantir acesso a estes. Neste aspecto é muito importante o papel do Coordenador do RHC e até mesmo da Comissão Assessora, no sentido de garantir a maior cobertura possível para o registro de casos e acesso aos dados, facilitando o trabalho de coleta.

A seleção dos prontuários de possíveis casos novos de câncer a serem cadastrados pode ser considerada como uma das tarefas mais trabalhosas no RHC, principalmente, por constituir-se em verdadeira pesquisa em fontes e áreas diversas dentro da Instituição. E mais uma vez aqui se destaca o papel do Coordenador ou de outros profissionais médicos para assessorar o trabalho do registrador na seleção de casos.

Uma vez identificado o tumor a ser cadastrado, cabe ao registrador, principalmente, transcrever dados a partir do prontuário, sem fazer inferências ou interpretações em relação aos casos. Mas ele pode e deve solicitar a um profissional médico a análise da informação contida no prontuário, principalmente, quando esta estiver incompleta ou não registrada de maneira clara.

Como rotina de trabalho, deve ser definida também a forma de coleta de dados de seguimento dos casos registrados, uma vez que deve ser informada a situação de cada tumor a cada ano subsequente à data de diagnóstico da doença.

Finalmente, como já salientado, além de coletar dados, proceder à digitação e ao processamento dos mesmos, outra atividade importante do Registro é a divulgação dos dados coletados, buscando sempre incentivar a sua utilização, não apenas pela administração do hospital, como por toda equipe em suas diferentes áreas.

Num plano ideal, um trabalho conjunto e sincronizado da equipe do RHC deve assegurar que todos os casos sejam identificados e registrados no devido tempo, de maneira adequada e completa, que cada caso registrado tenha a respectiva informação de seguimento cadastrada, e que as informações geradas sejam de fato divulgadas e utilizadas pela Instituição.

1.5 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS E DEFINIÇÕES

Apresentam-se a seguir as principais definições, critérios e procedimentos relativos ao Registro Hospitalar de Câncer, tendo como base o planejamento realizado pela equipe da Fosp e os padrões e normas internacionais.

1.5.1 Data de início do registro de casos

Ao ser implantado um Registro Hospitalar de Câncer é necessário estabelecer uma data a partir da qual os casos começarão a ser selecionados. É importante que seja estabelecido um ano-calendário. No caso da implantação do RHC no Estado de São Paulo, deverão ser registrados todos os tumores malignos diagnosticados a partir de 1º de janeiro de 2000, sendo esta a data estabelecida para início do registro.

1.5.2 Base do Registro Hospitalar de Câncer

Embora o RHC possa se valer de várias fontes de coleta de dados, a principal delas é o prontuário médico. Outras fontes podem servir de parâmetros para levantamento de casos, mas sejam elas quais forem, levarão ao prontuário, onde serão coletados os dados relativos ao tumor a ser cadastrado. Desta forma, o RHC acaba funcionando como instrumento para melhoria da qualidade dos prontuários, pois sendo esta a principal fonte de coleta, a qualidade das informações do Registro depende muito do conteúdo dos prontuários. Além disso, sendo a função do registrador, basicamente, transcrever as anotações do prontuário, o seu trabalho será bastante facilitado se estes contiverem os dados mínimos necessários e anotados de forma clara e organizada.

1.5.3 Casos analíticos e não analíticos

Os casos de câncer atendidos num Hospital são, em geral, classificados nas seguintes situações:

1. Caso novo de câncer diagnosticado e tratado no Hospital
2. Caso novo de câncer diagnosticado no Hospital, mas com início ou parte da terapêutica realizada em outra Instituição (segundo planejamento do Hospital) e que retornam a este para acompanhamento e seguimento
3. Caso novo de câncer diagnosticado em outra Instituição, mas com toda ou parte da primeira terapêutica realizada no Hospital e que ficam sendo acompanhados por este

4. Caso diagnosticado e com toda primeira etapa terapêutica feita em outra Instituição (pacientes atendidos no hospital para complementação de uma modalidade específica de tratamento e aqueles que recebem apenas tratamento de apoio)

Os casos classificados nas categorias 1, 2 e 3 são chamados de **analíticos** e constituem-se no alvo prioritário do RHC, sobre os quais são computadas todas as estatísticas e análise de casos. Os casos classificados na opção 4 são os não analíticos, sendo o seu registro recomendado pela FOSP. O objetivo de construir uma base de dados com todos os casos de câncer que chegam à Instituição – analíticos e não analíticos – é conhecer melhor o perfil do paciente oncológico e sua condição de chegada, independentemente, de ter realizado tratamento prévio, não perdendo aqueles casos que, por algum motivo, procuraram atendimento no Hospital, consumindo tempo e recursos.

Os casos não analíticos podem ser incluídos nas tabulações quando se deseja avaliar, por exemplo, volume de atendimentos de forma geral ou a magnitude que os casos de câncer representam no total de atendimentos, mas devem ser excluídos das análises que buscam avaliar eficiência da Instituição em relação aos cuidados com os pacientes com diagnóstico de câncer e principalmente dos cálculos de sobrevida.

Em resumo, **os casos analíticos referem-se aos casos novos de neoplasias malignas com planejamento de tratamento e acompanhamento realizados pelo Hospital** e casos não analíticos são os que já chegam ao Hospital tratados, os admitidos apenas para complementação de uma modalidade de tratamento ou para receber tratamento de apoio.

1.5.4 Fontes de coleta dos dados

O registro dos casos é efetuado por dois instrumentos: Ficha de Admissão e Ficha de Seguimento.

Os dados coletados pela Ficha de Admissão trazem, basicamente, a identificação do paciente, sua situação por ocasião do diagnóstico do tumor e consequente entrada no Serviço, informações sobre a doença (caracterização do tumor,

localização, estadiamento, eventuais localizações de metástase) e eventos do atendimento.

A partir da Ficha de Seguimento são obtidos dados relativos à evolução do tumor, que servirão como base para análise de sobrevida por tipo específico de câncer, condição geral dos pacientes após início do tratamento, dentre outros. A inclusão da informação pode ser feita a qualquer época a partir da data de diagnóstico e preenchida mais de uma vez ou sempre que houver informação atualizada (com exceção dos casos de óbito, nos quais o registro do seguimento encerra-se a partir do conhecimento da morte do paciente). Se não houver informação de seguimento informada até um ano a partir do diagnóstico, o registro da situação atual do paciente deverá, obrigatoriamente, ser feito no primeiro período de cobrança de seguimento que é anual e se inicia a partir de um ano da data de diagnóstico ("mês de aniversário do tumor") e não dois meses antes, como anteriormente. Os períodos seguintes de cobrança serão referentes a cada ano subsequente à data de diagnóstico. A informação registrada até o último mês do primeiro período de cobrança de seguimento será relativa ao ano de referência.

Os modelos das fichas propostas pela Fosp para o estado de São Paulo estão em anexo (Anexos A e B).

1.5.5 Caracterização do tratamento recebido

Na Ficha de Admissão, no bloco "Eventos desse Atendimento", é coletado o dado sobre tratamento recebido. Este deve ser entendido como primeiro tratamento proposto para o tumor diagnosticado, **inclusive** o tratamento realizado fora da instituição. Assim devem ser informadas todas as modalidades terapêuticas administradas e propostas para tratar o tumor, inclusive as já iniciadas e ainda não concluídas. Devem ser considerados os tratamentos realizados com o objetivo de tratar o tumor ou suas metástases, não devendo ser considerados os tratamentos sintomáticos ou de complicações do tumor.

As anotações no prontuário em relação a tratamento deverão ser cuidadosamente avaliadas, pois, em algumas vezes, pode ter sido proposto

determinado tratamento que não foi realizado, por exemplo, por intolerância do paciente ou outra razão qualquer ou que tenha havido troca de conduta terapêutica. Sendo assim, cabe informar sempre o tratamento efetivamente proposto/realizado.

1.5.6 Informações de óbitos

A informação de ocorrência de óbito é de grande importância. No Registro Hospitalar de Câncer o preenchimento deste dado pode ser feito na Ficha de Admissão ou na Ficha de Seguimento.

1.5.7 Base do diagnóstico

O objetivo principal de se coletar o dado referente à base do diagnóstico é o de conhecer o exame que foi mais importante para estabelecer o diagnóstico do tumor em questão. Esta informação é coletada dos laudos dos diferentes recursos auxiliares de diagnóstico ou através de relatórios, laudos ou cópias de exames anexados ao prontuário do paciente. O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pelo exame citológico ou anatomopatológico de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame *post-mortem*. Porém, isto não significa que os casos sem diagnóstico citológico ou histológico devam ser excluídos, pois aqueles diagnosticados em outras bases não podem ser perdidos. Outro fato a atentar é que nem sempre a realização de um exame mais específico indica ser ele a base mais importante do diagnóstico, pois este pode ter sido inconclusivo ou a amostra, por exemplo, ter sido considerada insatisfatória.

1.5.8 Caracterização da clínica de atendimento na admissão

A caracterização da clínica de atendimento deve indicar a principal clínica responsável pelo diagnóstico do tumor que está sendo cadastrado. Nos casos em que o atendimento tenha sido executado por mais de uma clínica, deve ser informada a que assumiu o papel primordial no tratamento. Exemplo: um paciente internado pela clínica médica, com quadro de tosse e emagrecimento. Feito diagnóstico de câncer de pulmão, este é transferido para Cirurgia Torácica para realização de tratamento

cirúrgico. Deverá ser informado como clínica de atendimento na admissão a Clínica Médica, pois foi o local onde o diagnóstico de câncer foi realizado.

1.5.9 Datas

O RHC coleta algumas datas que se constituem em dados importantes para análises posteriores. Na Ficha de Admissão, basicamente, a data da primeira consulta, a data de diagnóstico e a data de início do tratamento permitirão calcular intervalos de tempo que irão refletir a rapidez com que é feito o diagnóstico (intervalo entre a data da primeira consulta e a de diagnóstico) ou o tempo decorrido até que seja iniciado o tratamento (intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento). A importância de se conhecer e analisar estes intervalos está no fato de serem fatores que podem interferir no prognóstico do paciente e indicar grau de qualidade no atendimento prestado. Algumas observações são importantes em relação a estas datas:

- a data da primeira consulta tem como objetivo principal o registro do primeiro atendimento prestado ao paciente referente ao tumor que está sendo cadastrado, ou seja, a "chegada" do paciente à Instituição para diagnóstico e/ou tratamento do tumor. Desta forma, não deve ser confundida com a primeira vez que o paciente esteve no Hospital por qualquer outra razão ou patologia
- a data do primeiro diagnóstico deve ser coletada, preferencialmente, através da confirmação anatomopatológica, devendo ser registrada a data de coleta do material enviado para exame (e não a de expedição do laudo que, em alguns casos, pode apresentar uma diferença significativa em termos de tempo). Na ausência do exame anatomopatológico, será registrada a data do diagnóstico clínico ou de outro exame que tenha servido como base para o diagnóstico
- a data de início do tratamento irá registrar o momento em que o tratamento proposto foi de fato iniciado; nos casos em que o tratamento se compõe de mais de uma modalidade, logicamente, será registrada a data da que ocorrer primeiro.

1.5.10 Classificação e codificação das neoplasias

Embora com a utilização do software desenvolvido pela Fosp para processamento de dados do RHC não seja necessário o trabalho de codificação prévia dos tumores, é importante destacar os principais instrumentos utilizados para sua classificação e codificação.

As neoplasias podem ser classificadas de formas diversas, mas para os registros de câncer consideram-se dois itens como os mais importantes: a localização do tumor primário ou topografia e a aparência celular do tumor, quando examinado microscopicamente ou morfologicamente, sendo que a partir desta última é determinado o comportamento do tumor – benigno, maligno, *in situ* ou incerto.

O principal instrumento utilizado para codificação de doenças é a Classificação Internacional de Doenças – CID, atualmente em sua 10ª revisão (publicação da Organização Mundial da Saúde). Esta contém um capítulo específico para neoplasias (Capítulo II) dividindo-as nos quatro grupos acima citados, de acordo com seu comportamento. Como extensão ou suplemento do capítulo das neoplasias, é utilizada pelos Registros Hospitalares de Câncer a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – CID-O, 2ª e 3ª edições (conforme a data de diagnóstico do tumor). Através da CID-O é possível codificar todas as neoplasias por:

- topografia (quatro dígitos), que define a localização do tumor

- morfologia (cinco dígitos), que caracteriza o diagnóstico histológico do tumor, incluindo o seu comportamento biológico (um dígito após a barra - /), ou seja, se maligno, benigno, *in situ* ou incerto se maligno ou benigno

- grau de diferenciação do tumor (um dígito), que varia de I (bem diferenciado) a IV (indiferenciado ou anaplásico)

Observação: Este grau de diferenciação não aparece na codificação gerada através do *software* SISRHC da Fosp.

Exemplo: um adenocarcinoma de pulmão será codificado como: C34.9, M-8140/3, onde C34.9 corresponde à topografia (pulmão, SOE) e M-8140/3 à morfologia (Adenocarcinoma, SOE).

1.5.11 Estadiamento clínico e TNM

Os diversos nomes ou designações de tumores podem ser agrupados em classes que irão formar um sistema de nomenclatura uniforme, a partir do qual se baseia uma classificação utilizada e reconhecida internacionalmente.

O estadiamento clínico do tumor constitui-se numa forma de dividir os casos de câncer em grupos, de acordo com os chamados estádios. A codificação de estadiamento varia de 0 a IV, sendo:

0 – Tumores primários, classificados como *in situ*

I – Tumores localizados

II – Tumores com envolvimento regional por extensão direta

III – Tumores com envolvimento regional de linfonodos

IV – Tumores com metástase à distância

É importante que o estadiamento seja estabelecido e anotado no prontuário tão logo seja feito o diagnóstico, pois trata-se de uma informação que reflete um momento específico e que não tem como ser resgatada posteriormente, uma vez que a própria evolução da doença pode modificá-la. A informação referente a estadiamento é extremamente importante, constituindo-se inclusive em indicador de qualidade para o RHC.

A base para a codificação de grande parte dos tumores é a Classificação dos Tumores Malignos – TNM – 5ª e 6ª edições (conforme a data de diagnóstico do tumor), da União Internacional Contra o Câncer - UICC. Através do sistema TNM é possível descrever a extensão clínica do tumor maligno, baseada na avaliação de três componentes:

T – Extensão do tumor primário

N – Ausência ou presença e a extensão de metástases em linfonodos regionais

M – Ausência ou presença de metástase à distância

Cada componente tem uma variação numérica – **T=**0, 1, 2, 3, 4; **N=** 0, 1, 2, 3 e **M =** 0, 1 e a combinação de letras e números fornece uma informação mais precisa sobre a extensão da doença para cada localização anatômica.

Exemplo: um tumor de esôfago (topografia C15 na CID-O), classificado como estádio I, T1N0M0, indica tratar-se de um tumor localizado (estádio I), que invade a lâmina própria ou a submucosa (T1), com ausência de metástase em linfonodos regionais (N0) e ausência de metástase à distância (M0).

Trabalhar com informações padronizadas e precisas em relação à extensão da doença pode servir a diversos objetivos, dentre os quais, auxiliar o médico no planejamento do tratamento, fornecer indicação do prognóstico, ajudar na avaliação dos resultados do tratamento, facilitar a troca de informações entre centros de tratamento e contribuir para pesquisas sobre o câncer.

A partir da versão 6.0 do SISRHC, estão incluídas as seguintes categorias:

a) Para a maioria das localizações anatômicas, informações anteriores, relativas ao tumor primário podem ser registradas sob os seguintes princípios de **Graduação Histopatológica (G)**:

GX – O grau de diferenciação não pode ser avaliado

G1 – Bem diferenciado

G2 – Moderadamente diferenciado

G3 – Pouco diferenciado

G4 – Indiferenciado

b) A classificação dos sarcomas de partes moles e de osso também utiliza o sistema de dois graus: "**Alto grau**" e "**Baixo grau**".

c) Para os tumores trofoblásticos gestacionais, a classificação "N" (Linfonodo regional) não se aplica. Uma tabela de pontuação de prognóstico, com base em outros fatores, diferentes da extensão anatômica da doença, é utilizada para apontar os casos nas categorias de "**Alto risco**" (escore prognóstico total de 8 ou mais) e "**Baixo risco**" (escore prognóstico total de 7 ou menos), e estes são usados para o grupamento por estádios.

d) Para os tumores de células germinativas do testículo, utiliza-se a categoria **S - Marcadores Tumorais Séricos**, avaliada de acordo com a presença e grau da elevação dos marcadores tumorais séricos, obtidos imediatamente após a orquiectomia - cirurgia realizada para a retirada do(s) testículo(s):

SX – Os marcadores tumorais séricos não estão disponíveis ou não foram realizados

S0 – Marcadores tumorais séricos dentro dos limites normais

	DHL		**HCG (mUI/ml)**		**AFP (ng/ml)**
S1 –	<1,5 x N	e	<5.000	e	<1000
S2 –	<1,5 - 10 x N	ou	5.000 - 50.000	ou	1.000 - 10.000
S3 –	>10 x N	ou	> 50.000	ou	> 10.000

Observações:

DHL: Desidrogenase láctica (DHL)

HCG: Gonadotrofina coriônica humana

AFP: Alfa-feto-proteína

N: Indica o limite superior do valor normal para a dosagem da HDL

1.5.12. Seleção dos casos para cadastramento

O principal critério para escolha dos casos a serem cadastrados no RHC é o diagnóstico morfológico da neoplasia de acordo com a CID-O, 2ª ou 3ª edição (conforme a data de diagnóstico do tumor), ressaltando tratar-se sempre de casos novos. Dentro dos critérios abaixo relacionados, deverão ser incluídos os casos de pacientes atendidos em regime ambulatorial e em internações, bem como os casos diagnosticados por óbito. Desta forma deverão ser cadastrados:

- neoplasias malignas primárias – que compreendem os diagnósticos morfológicos com código de comportamento /3
- neoplasias *in situ* (intra-epitelial, não infiltrativo e não invasivo) – que compreendem as neoplasias com código de comportamento /2

- neoplasias de comportamento incerto (malignidade limítrofe – "*boderline*" – e de baixo potencial maligno) ou de comportamento desconhecido – que compreendem as neoplasias com código de comportamento /1, desde que tenham sido consideradas pelo patologista como tendo comportamento *in situ* ou maligno

Em relação à morfologia do tumor, seguindo conduta internacional preconizada pela CID-O, o Registro Hospitalar de Câncer não utiliza os códigos de morfologia /6 (maligno, localização metastática e secundária) e /9 (maligno, incerto se primário ou metastático). Não havendo informações sobre o tumor primário e tendo sido o caso diagnosticado através de uma metástase, deverá ser anotado "localização primária desconhecida" ao informar a localização primária do tumor, substituindo o último dígito correspondente ao comportamento do tumor por /3 (maligno declarado ou presumido como primário). Os órgãos comprometidos por metástase serão anotados em campo específico da Ficha de Admissão, que permite discriminar até quatro localizações de metástase.

1.5.13 Seguimento

Os dados relativos ao seguimento de cada tumor cadastrado são extremamente importantes e um RHC que não contemple informações de seguimento não pode ser considerado como efetivamente implantado.

O seguimento consiste em efetuar um acompanhamento temporal dos casos cadastrados na admissão. Este acompanhamento se realiza através da Ficha de Seguimento, sendo que os dados começam a ser coletados a partir de um ano da data de diagnóstico do tumor, data esta que comumente é chamada de "aniversário" do tumor. Este seguimento se realiza ao longo do tempo, a cada ano a partir do diagnóstico.

A rotina de preenchimento do seguimento consiste em registrar a situação atual do tumor e os eventos ocorridos no último ano em relação à doença, sendo que, além de tratamentos eventualmente efetuados, três eventos são considerados os mais importantes: aparecimento de recidiva, de metástase e óbito. O registro dos dados de seguimento pode ser feito em qualquer época a partir da data de diagnóstico ou deve,

obrigatoriamente, ser efetivado após um ano do mês de "aniversário" do tumor, quando se inicia o período de cobrança de seguimento. O dado de óbito pode ser informado a qualquer tempo e, uma vez registrado, fica encerrada a rotina de seguimento.

A identificação dos tumores para os quais deve ser informado seguimento pode ser facilmente obtida pelo software desenvolvido pela Fosp, que oferece um relatório denominado "Cobrança de Seguimento", onde são listados todos os casos que se encontram em período de informar seguimento até aquele momento.

Todos os casos analíticos registrados devem ter uma informação anual de seguimento, inclusive, os carcinomas *in situ* de colo de útero. A exceção se dá, apenas, para os carcinomas basocelulares de pele.

Em relação aos casos não analíticos (casos de câncer que realizaram parte ou todo tratamento em outro hospital), se o paciente iniciou tratamento em uma instituição hospitalar que não faz parte do RHC/FOSP, o hospital que registra o caso como não analítico será o responsável pelo seguimento e, automaticamente, este caso irá constar na lista de cobrança de seguimento. Se o hospital de origem for integrante do RHC/FOSP, este fará o seguimento do paciente. A identificação da instituição como parte ou não do RHC será realizada pelo SISRHC a partir de uma lista de instituições por município brasileiro.

O período estabelecido para a cobrança de seguimento será a partir do mês de diagnóstico até um ano depois desta data e não dois meses antes da data de diagnóstico, como anteriormente. A informação registrada até o último mês do primeiro período de cobrança de seguimento será relativa ao ano de referência. Sendo o RHC um registro de tumores, os pacientes com mais de um tumor registrado deverão ter um seguimento informado para cada tumor. Vale lembrar que o seguimento dos casos analíticos será sempre de responsabilidade do hospital que fez o registro do caso como analítico, mesmo que o paciente deixe a instituição de origem.

Se no momento do preenchimento de informações sobre seguimento for constatado, por dados do prontuário hospitalar, que o paciente deixou de comparecer ao hospital por dois anos consecutivos, ou seja, se o intervalo de tempo entre a última informação disponível e a data de preenchimento do seguimento for superior a dois

anos, o caso será automaticamente considerado perdido de seguimento pelo sistema e classificado como Perda de Seguimento, pois não haverá informação sobre a situação atual do paciente.

As perdas de seguimento não deverão ser maiores do que 20%. Em relação a estes casos, todas as alternativas possíveis para conseguir informação sobre a situação atual do paciente devem ser usadas. Estas perdas poderão constar ou não no relatório de cobrança de seguimento e a escolha poderá ser feita em uma caixa de seleção, antes de se gerar o relatório. Esta opção vale, apenas, a título de visualização ou impressão do relatório, não indicando que as perdas estão dispensadas da cobrança de seguimento.

2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

2.1 INFORMAÇÕES PRELIMINARES

O Registro Hospitalar de Câncer possui dois instrumentos principais para coleta de dados que irão alimentar o Sistema: **Ficha de Admissão** e **Ficha de Seguimento**.

A **Ficha de Admissão** é preenchida para todos os casos novos com diagnóstico confirmado de câncer atendidos no hospital e através dela são coletadas as informações relativas ao primeiro atendimento planejado fornecido ao paciente, tendo como referência a data do diagnóstico.

A **Ficha de Seguimento** tem como objetivo o acompanhamento dos casos cadastrados no RHC ao longo do tempo. Seu primeiro preenchimento se dá ao completar um ano do diagnóstico do tumor e a partir daí todas as informações referentes ao paciente entram no sistema através deste instrumento.

O processamento informatizado destas fichas permitirá a obtenção das informações relativas aos tumores registrados nos RHC e análises de situações epidemiológicas, qualidade da assistência prestada, sobrevida, condições dos pacientes em tratamento, dentre outras questões, de maneira atualizada e rápida. Sendo assim, os modelos propostos para estes instrumentos foram definidos sob a ótica de sua

informatização, aliados ao desenvolvimento do software para digitação e processamento dos dados. Sugere-se que as fichas, após digitação, fiquem anexadas ao prontuário do paciente.

2.2 INSTRUÇÕES GERAIS

A entrada de dados no Sistema se dá através da digitação das fichas preenchidas pelo registrador.

O RHC é um sistema de cadastro de tumores; desta forma o preenchimento das fichas de admissão se dará para cada tumor (pacientes com dois tumores, por exemplo, terão duas fichas de admissão – uma para cada tumor). Orienta-se que a inclusão de um paciente seja feita a partir de um ano do diagnóstico, evitando assim que a informação "Estado da doença ao final do primeiro tratamento" seja "tratamento não concluído". Vale lembrar que o RHC não é, absolutamente, um prontuário eletrônico.

Os dados referentes à localização primária, tipo histológico e metástases utilizam como codificação a Classificação Internacional de Doenças em Oncologia (CID-0) 2ª edição (para os casos diagnosticados até 31 de dezembro de 2005) e 3ª edição (para os casos diagnosticados a partir de 1º de janeiro de 2006).

Os dados relativos ao estadiamento do tumor baseiam-se na classificação TNM (classificação de tumores elaborada pela União Internacional Contra o Câncer – UICC) 5ª edição (para os casos diagnosticados até 31 de dezembro de 2005) e 6ª edição (para os casos diagnosticados a partir de 1º de janeiro de 2006).

2.3 PREENCHIMENTO DA FICHA DE ADMISSÃO

- Instituição: Código do Hospital, atribuído pela Secretaria de Estado da Saúde, preenchida automaticamente pelo *software*.

- **Nº RHC:** Número de registro do paciente no Registro Hospitalar de Câncer. Será gerado automaticamente pelo sistema. Este número será a chave de acesso a todos os documentos do paciente no âmbito do RHC. Se um mesmo paciente tiver mais de um

tumor primário será atribuído o mesmo número de registro a todos os tumores, diferenciando-os pelos dois últimos dígitos.

Observação: O nº RHC era formado por cinco dígitos até a versão número 5.5.45 do SISRHC. A partir da versão 6.0, este número passará a ter seis dígitos. Se o registrador realizar uma pesquisa ou busca de pacientes pelo nº RHC registrado antes da nova versão, deverá acrescentar o dígito zero (0) antes da sequência de números. Com a nova versão, o nº RHC será gerado automaticamente com seis dígitos.

2.3.1 Identificação do paciente

- Prontuário: Número do prontuário do paciente no hospital.

- Categoria de atendimento à admissão: Forma do atendimento realizado no hospital, no momento da admissão, de acordo com:

□ SUS □ Convênio □ Particular

Observação: Esta informação deverá ser preenchida de acordo com a situação do paciente no momento da admissão. Após a inclusão da informação, a variável não poderá ser alterada. Se houver mudança posterior na forma de atendimento, esta não deverá ser registrada. As modalidades devem ser escolhidas conforme as notas a seguir:

- SUS: Atendimento realizado por estabelecimentos de saúde públicos ou mediante contrato do estabelecimento com o Sistema Único de Saúde (SUS)
- Convênio**:** Atendimento realizado mediante convênio com operadoras de planos de saúde ou de atendimento a clientes de plano próprio
- Particular: Atendimento realizado mediante pagamento direto

- Documento: Tipo de documento de identificação do paciente, de acordo com:

1 – PIS/PASEP	2 – RG	3 – Certidão de Nascimento
4 – CPF	5 – Cartão SUS	5 – Não informado

<u>Observação</u>: Se não houver informação sobre um dos documentos acima, escolher a opção "Não informado" (o sistema, automaticamente, deixará em branco o próximo campo para preenchimento do número do documento).

- Número do Documento: Número do documento.

<u>Observação</u>: Não é recomendado o seu preenchimento com algarismos "00000000" ou "Ignorado".

- Data de Nascimento: Se a data de nascimento for desconhecida, deve ser estimada através da idade. Caso apenas o dia seja desconhecido, deve ser considerado como "15". Se o dia e o mês forem desconhecidos, deverão ser considerados como dia "15" e mês "06".

- Sexo: Identificação do sexo do paciente de acordo com a codificação:

1 – Masculino 2 – Feminino

- Estado/País de Nascimento: Se brasileiro, deverá ser escolhido o nome por extenso do estado (UF) de nascimento do paciente. Se de outra nacionalidade, deverá ser escolhida a opção "Outro país". A sigla do Estado/País será preenchida automaticamente pelo Sistema, quando digitado o nome.

- Nome: Nome completo do paciente. No caso da necessidade de abreviações, não deverão ser abreviados o primeiro nome e o último sobrenome. As palavras "Filho", "Neto", "Primeiro", "Júnior" e similares não são consideradas sobrenome, podendo ser abreviadas.

- Nome da mãe: Nome completo da mãe do paciente.

- Escolaridade: Grau de escolaridade do paciente, de acordo com:

1 – Analfabeto	2 – Ensino Fundamental Incompleto	3 – Ensino Fundamental Completo
4 – Ensino Médio Completo	5 – Superior completo	9 – Ignorado

Residência

- Endereço: Identificação do endereço completo de residência do paciente no momento do diagnóstico do câncer

- Número (Nº): Número da residência do paciente

- Complemento: Complemento do endereço

- Telefone: Número de telefone para contato

- CEP: Código de Endereçamento Postal da residência atual do paciente

- Cidade: Identificação do município de residência do paciente

- UF: Sigla do Estado de residência atual do paciente (será completada automaticamente, quando informado o município de residência)

Observações:

1. Caso o paciente mude de residência, o novo endereço deverá ser preenchido na Ficha de Seguimento. Uma vez cadastrado um endereço na Ficha de Admissão, este não poderá ser alterado, a não ser que se observe algum tipo de erro de registro. Neste caso, será necessário entrar em contato com a Fosp e solicitar senha de permissão para alteração do endereço já digitado.

2. Na tela de preenchimento da Ficha de Admissão, o registrador poderá escolher entre as opções de realizar a busca do número do CEP a partir do endereço registrado ou pesquisar o endereço do paciente a partir do número do CEP informado. Caso o endereço não seja localizado, o preenchimento poderá ser feito manualmente e, nestes casos, recomenda-se que o tipo de logradouro seja escrito por extenso, sem abreviações (ex: Avenida, Rua, etc.).

2.3.2 Situação do paciente à admissão

- Data da Primeira Consulta: Data em que foi estabelecido o primeiro atendimento ao paciente relacionado ao tumor que está sendo cadastrado.

- Clínica do Atendimento: Indicação da principal clínica responsável pelo diagnóstico do paciente no hospital.

- Diagnóstico/ Tratamento Anterior: Avaliação da assistência prévia à vinda do paciente ao hospital, relacionada ao tumor que está sendo cadastrado, de acordo com a seguinte codificação:

1 - Sem diagnóstico/sem tratamento	2 – Com diagnóstico/sem tratamento
3 – Com diagnóstico/com tratamento	4 – Outros

Observação: Os códigos 1 e 2 referem-se aos **casos analíticos**, ou seja, os pacientes que chegam ao hospital **sem a realização de tratamento oncológico prévio**, independentemente de já estarem diagnosticados ou não com câncer. O código 3 refere-se aos casos **não analíticos -** aqueles que chegaram à instituição hospitalar para complementar um tratamento já iniciado ou para realizar uma modalidade terapêutica não disponível no hospital de origem (por exemplo, radioterapia). O código 4 refere-se também a casos não analíticos, sendo que esta opção deverá ser escolhida para pacientes que foram ao hospital somente para complementar um tratamento, com intenção de continuidade da terapêutica no hospital de origem ou qualquer outra situação que não se enquadre em 1, 2 ou 3.

2.3.3 Informações sobre a doença

- Data do 1º Diagnóstico: Data de diagnóstico do tumor, obtida preferencialmente através da data de envio do material biológico para confirmação anatomopatológica. Na ausência deste, deve-se utilizar a data do diagnóstico clínico ou de outro exame que tenha levado ao diagnóstico.

- Base para Realização do Diagnóstico: Identificação do exame que foi mais importante para se estabelecer o diagnóstico de neoplasia maligna, de acordo com:

1 – Exame clínico
2 – Recursos auxiliares não microscópicos
3 – Confirmação microscópica
9 – Sem informação

Observação: O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pelo exame anatomopatológico do tumor primário, com material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame de necrópsia. Porém, os casos sem diagnóstico citológico ou histológico não devem ser excluídos para que não se percam casos diagnosticados em bases puramente clínicas (embora estas sejam consideradas menos confiáveis que o diagnóstico patológico). Outro fato a atentar é que nem sempre a realização de um exame mais específico indica ser ele a base mais importante do diagnóstico, pois pode ter sido inconclusivo ou a amostra ter sido considerada inadequada.

Caracterização do tumor principal:

- Localização Primária: Refere-se à topografia do tumor. Indicação da localização do tumor primário referida, sempre que possível, no diagnóstico anatomopatológico. Deverá ser preenchida por extenso e, ao ser digitada, o Sistema automaticamente trará a codificação numérica utilizando a Classificação Internacional de Doenças em Oncologia (CID-O) - 2ª ou 3ª edição (de acordo com a data do diagnóstico).

Observação: Tumor metastático é quando não há informação sobre o tumor primário e o caso foi diagnosticado através de uma metástase. Deve ser anotado "localização primária desconhecida" no campo **Localização Primária** e o Sistema trará como codificação C80.9. Os órgãos comprometidos pela metástase deverão ser anotados no campo **Metástase**.

- Lateralidade: Refere-se ao registro da lateralidade do tumor, em caso de topografias que representem órgãos, glândulas ou cavidades em pares. O Sistema solicitará automaticamente o registro da lateralidade para as seguintes topografias: **C07** (Glândula parótida); **C08** (Outras glândulas salivares); **C09** (Amígdalas); **C30** (Cavidade nasal e ouvido médio); **C31** (Seios da face); **C34** (Brônquios e pulmões); **C50** (Mama); **C56** (Ovário); **C62** (Testículo); **C64** (Rim); **C66** (Ureter); **C69** (Olhos e anexos) e **C74** (Glândula supra-renal). Nestes casos, o registro não poderá ser concluído sem o preenchimento desta informação, em uma das seguintes modalidades:

1 – Direita 2 – Esquerda 3 – Não se aplica

Observação: Dois tumores de diferentes lateralidades, mas com mesma morfologia, diagnosticados em órgãos pares devem ser registrados separadamente (como dois tumores). **Como exceções** a esta regra, tem-se: a) Tumores de ovário (com mesma morfologia), b) Tumores de Wilms do rim (nefroblastoma) e c) Retinoblastoma. **Estes devem ser registrados como um único tumor quando ocorrerem bilateralmente.**

- Tipo Histológico: Refere-se à morfologia do tumor. Deve ser anotado por extenso e, ao ser digitado, o Sistema trará a codificação numérica utilizando a Classificação Internacional de Doenças em Oncologia (CID-O), 2ª ou 3ª edição (de acordo com a data do diagnóstico).

Observação: O comportamento biológico do tumor será indicado pelo 5º dígito da morfologia*, conforme relação abaixo:

/1 – Incerto se benigno ou maligno

/2 – Carcinoma não invasivo ou "*in situ*" (tumor maligno, limitado ao local de origem)

/3 – Maligno (tumor maligno, com invasão de tecidos adjacentes)

* Os códigos **/0** (Benigno), **/6** (Metastático) e **/9** (Incerto se primário ou metastático), geralmente, não são usados em Registros de Câncer. Desta forma, **não serão aceitos no Sistema**.

- Estádio Clínico: Indicação do estadiamento clínico do tumor, de acordo com a classificação TNM (Classificação de Tumores Malignos elaborada pela União Internacional Contra o Câncer – UICC), 5ª ou 6ª edição (de acordo com a data do diagnóstico). O estadiamento deve ser estabelecido e anotado no prontuário tão logo seja firmado o diagnóstico, pois se trata de uma informação que reflete um momento específico, que não poderá ser resgatada posteriormente, dado que a própria evolução da doença pode modificá-lo. O preenchimento do campo deve ser feito representado em números romanos que, dependendo do tipo do tumor poderá ter significado diferente, relacionado com suas manifestações clínicas e comportamento. A codificação dos estadiamentos refere-se a:

0 – Tumores primários (exceto os de linfonodos e tecido linfóide), classificados como "*in situ*";

I – Tumores localizados

II – Tumores com envolvimento regional por extensão direta

III – Tumores com envolvimento regional de linfonodos

IV – Tumores com metástase à distância

Observações:

1. O estádio clínico 0 (zero) só será permitido para tumores *in situ* (comportamento /2)

2. Para tumores invasivos (comportamento /3) só serão permitidos estádios clínicos diferentes de 0 (zero). Como exceção, tem-se a Doença de Paget (morfologia 8540/3) da mama (C50).

3. Existem situações em que o estadiamento do tumor não pode ser classificado pelo TNM ou que o mesmo não foi avaliado pelo profissional. Nestes casos, devem ser utilizados os códigos:

- **X:** Para tumores **não avaliados** pelo profissional responsável ou **sem informação** sobre estadiamento anotada no prontuário
- **Y:** Para tumores em que **não se aplica a classificação TNM**. São os tumores não sólidos (por exemplo, as leucemias).

- **T, N, M:** Indicação da classificação para TNM (de acordo com a Classificação de Tumores Malignos elaborada pela União Internacional Contra o Câncer – UICC), sendo que:

T – Indica a extensão do tumor primário

N – Indica a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais

M – Indica a ausência ou presença de metástase à distância

- Outro Estadiamento: Identificação de outra classificação utilizada, quando não for a TNM.

Observação: Outras classificações informadas deverão referir-se às estabelecidas por padrões internacionais (como por exemplo, a classificação FIGO, utilizada para tumores ginecológicos).

- Estádio Pós-Cirúrgico (pTNM): Classificação histopatológica baseada na evidência adicional obtida através de cirurgia e do exame histopatológico. Nestes casos, acrescenta-se a letra "p" antes da classificação TNM.

- Metástases: Indicação da localização de metástase com espaço para até quatro classificações. Deve ser preenchida a localização por extenso e, ao ser digitada, o Sistema trará a codificação através da CID-O 2ª ou 3ª edição (de acordo com a data do diagnóstico).

2.3.4 Eventos desse atendimento

- Data de Início do Tratamento: Data de início do primeiro tratamento recebido, seja ele qual for. Caso o tratamento não tenha sido iniciado, o campo deverá ser deixado em branco.

- Tratamento Recebido: Discriminação do(s) tratamento(s) **recebido(s)** e **proposto(s)** para o tumor diagnosticado, devendo ser informadas todas as

modalidades terapêuticas administradas e propostas para tratar o tumor, inclusive as já iniciadas e ainda não concluídas, de acordo com a codificação:

□ Nenhum	□ Cirurgia	□ Radioterapia
□ Quimioterapia	□ Hormonioterapia	□ TMO (Transplante de Medula Óssea)
□ Imunoterapia	□ Outros	□ Sem informação

Observações:

1. Antes do registro das modalidades terapêuticas recebidas pelo paciente, **o registrador deverá escolher entre três opções**: "tratamento recebido no hospital", "tratamento recebido fora do hospital antes do diagnóstico" e "tratamento recebido fora do hospital durante/após o diagnóstico"

3. Devem ser considerados apenas os tratamentos realizados com o objetivo de tratar o tumor ou suas metástases. Não se incluem aqui os tratamentos sintomáticos ou de complicações do tumor

4. Para os casos analíticos de câncer, não é possível a escolha da modalidade "Sem informação". Neste caso, quando houver registro da data de início do tratamento, o sistema bloqueará esta opção. A exceção vale para os casos não analíticos.

- Razão para não realização do tratamento: Identificação da principal razão para não realização do tratamento. Para os pacientes que não realizaram o tratamento ou que tiveram seu tratamento interrompido de forma a ter sido considerado como não realizado, deverá ser anotada uma das opções abaixo. Para aqueles com tratamento realizado, deverá ser anotada a opção 8 – não se aplica. A codificação para preenchimento deste campo é:

1. Recusa do tratamento – Refere-se aos casos em que o tratamento deixou de ser efetuado porque o paciente não concordou com sua realização (exemplo: mulheres que não concordam com a realização de mastectomia radical)

2. Doença avançada/falta de condições clínicas – Refere-se aos pacientes fora de possibilidade terapêutica (FPT) atual – a doença em estado avançado não apresenta possibilidade de cura ou cujo tratamento, devido a agressividade a ele associada, traria

limitações consideráveis ao paciente com benefícios restritos, não resultando em melhor qualidade de vida, redução da agressividade da doença ou diminuição de sofrimento. Outra situação refere-se aos pacientes que apresentam um estado geral comprometido, que o torna muito debilitado para a agressividade do tratamento neoplásico (exemplo: casos de emagrecimento intenso)

3. Outras doenças associadas – Refere-se aos pacientes que, concomitante com o câncer, apresentam outra doença que não permite a realização do tratamento (exemplo: paciente com cardiopatia grave que não é compatível com a realização de cirurgia de grande porte necessária à terapêutica do tumor, ou paciente com insuficiência renal que não permite o tratamento com determinadas drogas quimioterápicas)

4. Abandono do tratamento – Refere-se aos casos em que o tratamento foi iniciado e, sem a concordância do médico, o paciente, por decisão própria ou de seus familiares, interrompe seu tratamento de modo definitivo

5. Óbito por câncer – Refere-se aos casos em que o tratamento não se realizou por óbito do paciente, tendo este sido ocasionado pelo tumor em questão

6. Óbito por outras causas, SOE – Refere-se aos casos em que o tratamento não se realizou por motivo de óbito do paciente, sendo este não ocasionado pelo tumor que está sendo cadastrado ou quando não se tem informação sobre a verdadeira causa do óbito. Exemplo: morte por acidente, morte por outro tumor que não este em questão, morte sem que se saiba a causa exata

7. Outras – Refere-se aos casos em que o tratamento não foi realizado por outros motivos, que não os acima explicitados (exemplo: mudança de residência para outro município, realização do tratamento em outra unidade hospitalar, etc.)

8. Não se aplica – Quando o tratamento proposto foi realizado. Obs.: ao informar a realização de um tratamento recebido na digitação da ficha (campo anterior), o *software* automaticamente completará este campo com "não se aplica"

9. Sem informação – Refere-se aos casos em que o tratamento não foi realizado, mas não há registro do motivo no prontuário. Esta modalidade inclui, ainda, os casos para os quais não foi indicado nenhum tipo de tratamento ou não há informação a respeito da indicação e realização de tratamento para o paciente

- Estado da doença ao final do tratamento: Identificação da situação clínica do paciente ao final do tratamento informado, de acordo com:

1. Sem evidência da doença – Refere-se aos casos em que na avaliação realizada ao final do tratamento, cirúrgico ou não, o paciente não apresentou sinais da doença (primária ou secundária)

2. Remissão parcial – Refere-se aos casos em que houve resposta ao tratamento, entretanto o paciente continua com o tumor. Exemplos: tumores de cabeça e pescoço que tiveram seu tamanho reduzido pela ação da radioterapia

3. Doença estável – Refere-se aos casos em que o paciente, ao receber o tratamento, teve a doença estacionada, ou seja, não progrediu nem regrediu

4. Doença em progressão – Refere-se aos casos em que não houve resposta satisfatória ao tratamento, ou seja, apesar do tratamento realizado, o tumor continua em atividade e, sendo assim, o médico julga conveniente continuar o tratamento modificando o esquema terapêutico atual ou suas dosagens

5. Fora de possibilidade – Refere-se aos casos de pacientes que após realizarem o tratamento, além de continuar com a doença em atividade, o médico julga não haver, no momento, recursos terapêuticos indicados para o tratamento do tumor, devendo o paciente receber apenas o tratamento de suporte e sintomático

6. Óbito por câncer – Refere-se aos casos em que o paciente vem a falecer durante ou ao final do tratamento, independente da causa ter ou não relação com o tratamento ministrado, mas ter sido relacionada ao tumor em questão

7. Óbito por outras causas, SOE – Refere-se aos casos em que o paciente vem a falecer durante ou ao final do tratamento, por outra causa não relacionada ao tumor em questão ou por causa desconhecida

8. Tratamento não concluído – Refere-se aos casos em que o tratamento ainda está sendo realizado e, portanto, não é possível avaliar o estado ao final do mesmo

9. Não se aplica – Refere-se aos pacientes que não receberam tratamento. Obs.: ao informar "nenhum" no campo tratamento realizado na digitação da ficha, o *software* automaticamente completará este campo com "não se aplica"

10. Sem informação – Refere-se aos casos em que não existe informação no

prontuário que permita avaliar a resposta do tumor ao tratamento

- Data do Óbito: Informação da data de óbito, caso o paciente tenha vindo a falecer entre a data de diagnóstico até 12 meses após. Caso o óbito venha a ocorrer depois de 12 meses do diagnóstico, o campo deve ser deixado em branco e informado através da Ficha de Seguimento. Caso apenas o dia seja desconhecido, deve ser considerado como "15". Se o dia e o mês forem desconhecidos, deverão ser considerados como dia "15" e mês "06".

- Data do preenchimento: Preenchida automaticamente pelo *software*.

- Observações: Campo reservado para anotação de observações que o registrador julgue necessárias.

2.4 PREENCHIMENTO DA FICHA DE SEGUIMENTO

O seguimento dos pacientes com câncer deve ser anual. A inclusão da informação pode ser feita em qualquer período do ano e preenchida mais de uma vez, com exceção dos casos de óbito, nos quais o registro do seguimento encerra-se a partir do conhecimento da morte do paciente. A cobrança de seguimento ocorrerá a partir de um ano do mês de diagnóstico ("aniversário do tumor") e não dois meses antes, como anteriormente. O período estabelecido para a cobrança de seguimento será a partir do mês de diagnóstico até um ano depois desta data. A informação registrada até o último mês do primeiro período de cobrança de seguimento será relativa ao ano de referência. Haverá cobrança de seguimento para todos os tumores cadastrados, inclusive para os casos de carcinoma "in situ" de colo de útero (apenas para casos diagnosticados a partir de janeiro de 2013). Como exceção, os casos de carcinomas basocelulares de pele permanecerão dispensados da cobrança.

- Instituição: Código do Hospital, atribuído pela Secretaria de Estado da Saúde, preenchida automaticamente pelo *software*.

- Nº RHC: Número de registro do paciente no Registro Hospitalar de Câncer, gerado automaticamente pelo Sistema. Este número é a chave de acesso a todos os documentos do paciente no âmbito do RHC.

2.4.1 Identificação do paciente

Observações:

1. Os campos de identificação do paciente serão automaticamente preenchidos pelo Sistema a partir das informações cadastradas na Ficha de Admissão, não sendo necessária a sua digitação. Nos casos em que o Hospital optar por preenchê-la integralmente antes da digitação, as instruções para preenchimento dos campos de identificação serão as mesmas descritas para a Ficha de Admissão. A digitação será iniciada a partir do campo "última informação do paciente"

2. Se houver mudança de residência pelo paciente, o novo endereço deverá ser preenchido nesta Ficha.

2.4.2 Última informação do paciente

- Situação Atual: Indicação do "status" vital do paciente e presença ou não da doença, de acordo com a codificação:

1 – Vivo com câncer 2 – Vivo, SOE 3 – Óbito por câncer
4 – Óbito, SOE

Observações:

1. Em casos em que o paciente deixou de comparecer ao hospital por dois anos consecutivos (informação constatada pelos dados do prontuário hospitalar), ou seja, se o intervalo de tempo entre a última informação disponível e a data de preenchimento do seguimento for superior a dois anos, o caso será automaticamente considerado perdido de seguimento pelo sistema, pois não haverá informação sobre a situação atual do paciente

2. As perdas de seguimento não deverão ser maiores do que 20%

3. Antes de se fazer o cadastro de um caso que deixou de comparecer ao hospital por dois anos consecutivos, todas as alternativas possíveis para conseguir informação sobre a situação atual do paciente devem ser usadas

4. Estas perdas poderão constar ou não no relatório de cobrança de seguimento e esta escolha poderá ser feita em uma caixa de seleção, antes de gerar o relatório. Esta opção vale, apenas, a título de visualização ou impressão do relatório, não indicando que as perdas estão dispensadas da cobrança de seguimento

- Data da informação: Indicação da data à qual se refere a informação que está sendo cadastrada.

Observação: No primeiro seguimento, esta data deve ser de, no mínimo, um ano após o diagnóstico. Posteriormente, as datas deverão estar dentro do período entre o mês de diagnóstico e cada ano subsequente.

- Tratamento realizado: Indicação do(s) tipo(s) de tratamento(s) recebido(s) pelo paciente que não foi contemplado na Ficha de Admissão no último ano até a data indicada no campo anterior, de acordo com:

□ Nenhum	□ Cirurgia	□ Radioterapia
□ Quimioterapia	□ Hormonioterapia	□ TMO (Transplante de Medula Óssea)
□ Imunoterapia	□ Outros	□ Sem informação

- Data da Recidiva/Metástase: Indicação da data de diagnóstico da recidiva (se detectada) ou de aparecimento de metástase. No caso de aparecimento de ambas, deve ser anotada a data do que apareceu primeiro.

- Recidiva: Indicação da presença ou não de recidiva do tumor de acordo com:

1 – Local 2 – Regional 3 – Não 9 – Sem informação

- Metástase: Indicação da localização de metástase, caso tenha ocorrido no período informado, com espaço para até 4 classificações. Deve ser preenchida a localização por

extenso e, ao ser digitada, o Sistema trará a codificação de acordo com a CID-O, 2ª/3ª edições.

- Data do Óbito: Indicação da data de óbito do paciente. A informação relativa a óbito encerra o seguimento e, desta forma, uma vez ocorrido e informado, não será cadastrada nenhuma informação posterior. Caso apenas o dia seja desconhecido, deve ser considerado como "15". Se o dia e o mês forem desconhecidos, deverão ser considerados como dia "15" e mês "06".

- Data do preenchimento: Identificação da data de preenchimento da ficha, preenchida automaticamente pelo *software*.

- Registrador: Nome completo do registrador que está preenchendo a informação sobre seguimento.

Observações: Campo reservado para anotação de observações que o registrador julgue necessárias, principalmente, quando houver perda de seguimento, onde deverá ser informado o motivo.

3 UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE RHC (SISRHC)

O software SISRHC é uma ferramenta fundamental para o registro e o processamento dos dados. O sistema informatizado é oferecido gratuitamente pela FOSP. Facilita o armazenamento e a tabulação dos casos, gera relatórios e possibilita a exportação do banco de dados, além de permitir um controle eficiente do seguimento dos pacientes registrados. As equipes da Diretoria Adjunta de Informação e Epidemiologia e do Departamento de Informática da FOSP têm trabalhado em conjunto na identificação dos pontos passíveis de melhoria e na criação de novos dispositivos que facilitem o registro de casos e aprimorem a qualidade das informações.

3.1 PRIMEIRO ACESSO

Na primeira vez em que o programa for iniciado, a auto-configuração será

ativada e será necessário executá-la mais de uma vez quando solicitado. Ao finalizar a instalação uma mensagem será exibida (Figura 1).

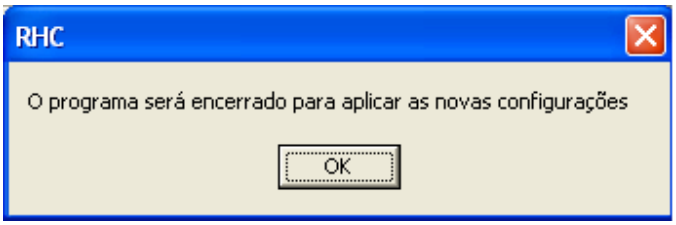

Figura 1 : Configuração Automática

Clique em OK e abra novamente o programa. Caso a data não esteja configurada corretamente (padrão dd/MM/aaaa), uma mensagem de erro será exibida e o programa será encerrado (Figura 2).

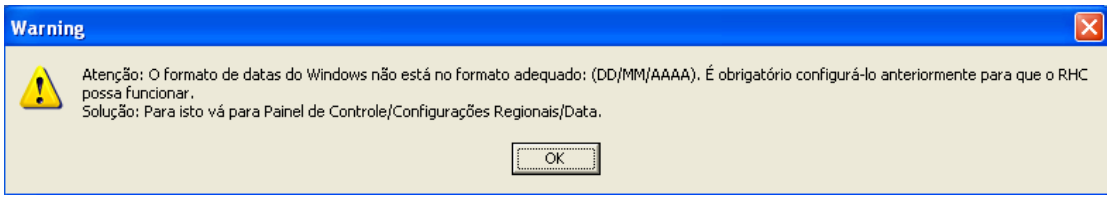

Figura 2 : Erro de configuração de Data

A configuração de data deve ser feita através do Painel de Controle -> Opções Regionais e de Idioma. Na aba "*Opções Regionais*", clique no botão "*Personalizar*". Clique na aba "Data" e altere o "*formato de data abreviada*" para "dd/MM/aaaa". Clique em "*aplicar*" e depois em "*ok*". Abra novamente o RHC.

Informe um nome de usuário e senha para prosseguir (Figura 3). Caso seja a primeira vez que o RHC está sendo utilizado e não tenha nenhuma senha, entre em contato com a FOSP e solicite uma.

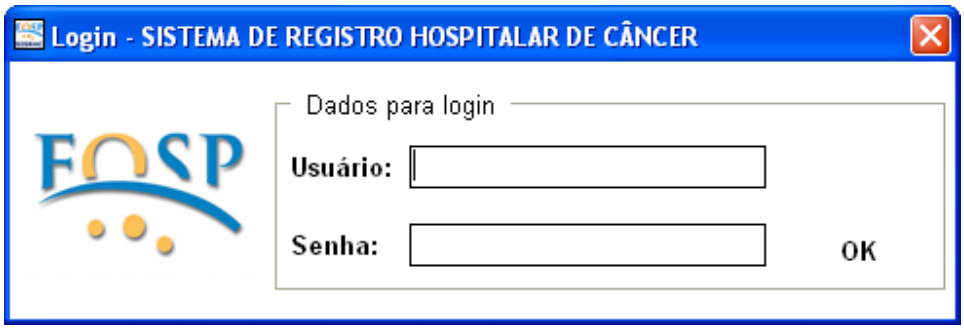

Figura 3 : Login e senha

Por segurança, o banco de dados é enviado para a instituição criptografado, e somente com a chave informada pela Fosp é possível prosseguir (Figura 4).

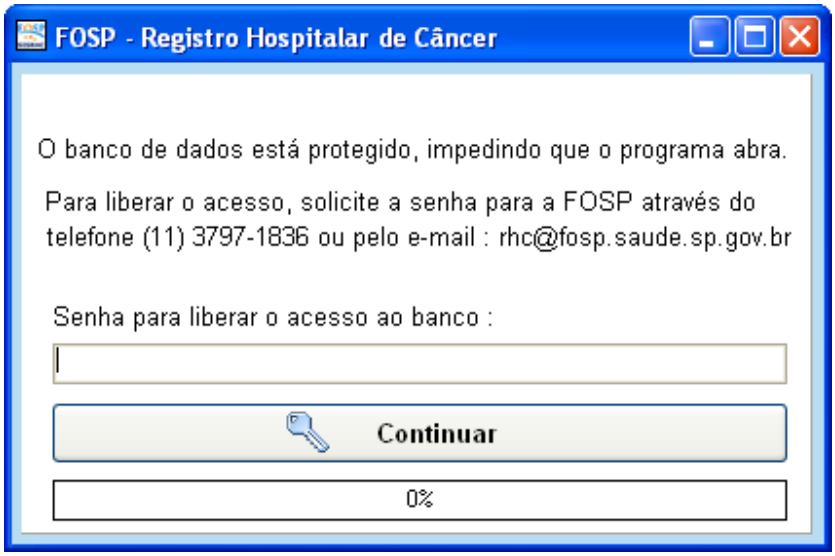

Figura 4 : Destravar banco de dados novo

Informe a senha enviada pela Fosp e clique em continuar. Aguarde até que o programa finalize esta etapa e abra a tela principal (Figura 5).

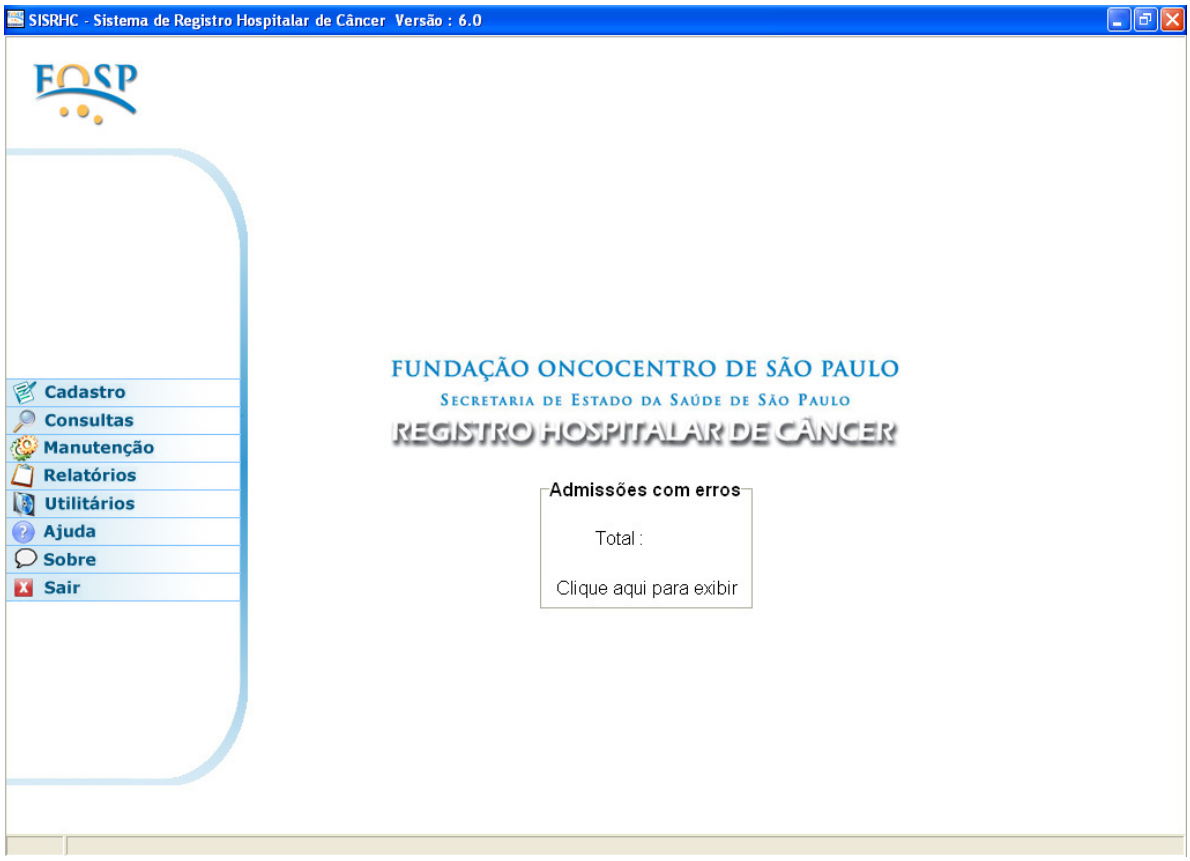

Figura 5 : Principal

3.2 MENU PRINCIPAL

Para acessar as diversas funções do programa, clique nos botões do menu e escolha uma das opções que aparecem abaixo do botão.

3.2.1 Informações sobre pacientes e admissões

Clique no botão "*Cadastro*" e em seguida em "*Admissão*" na tela principal do programa (Figura 6).

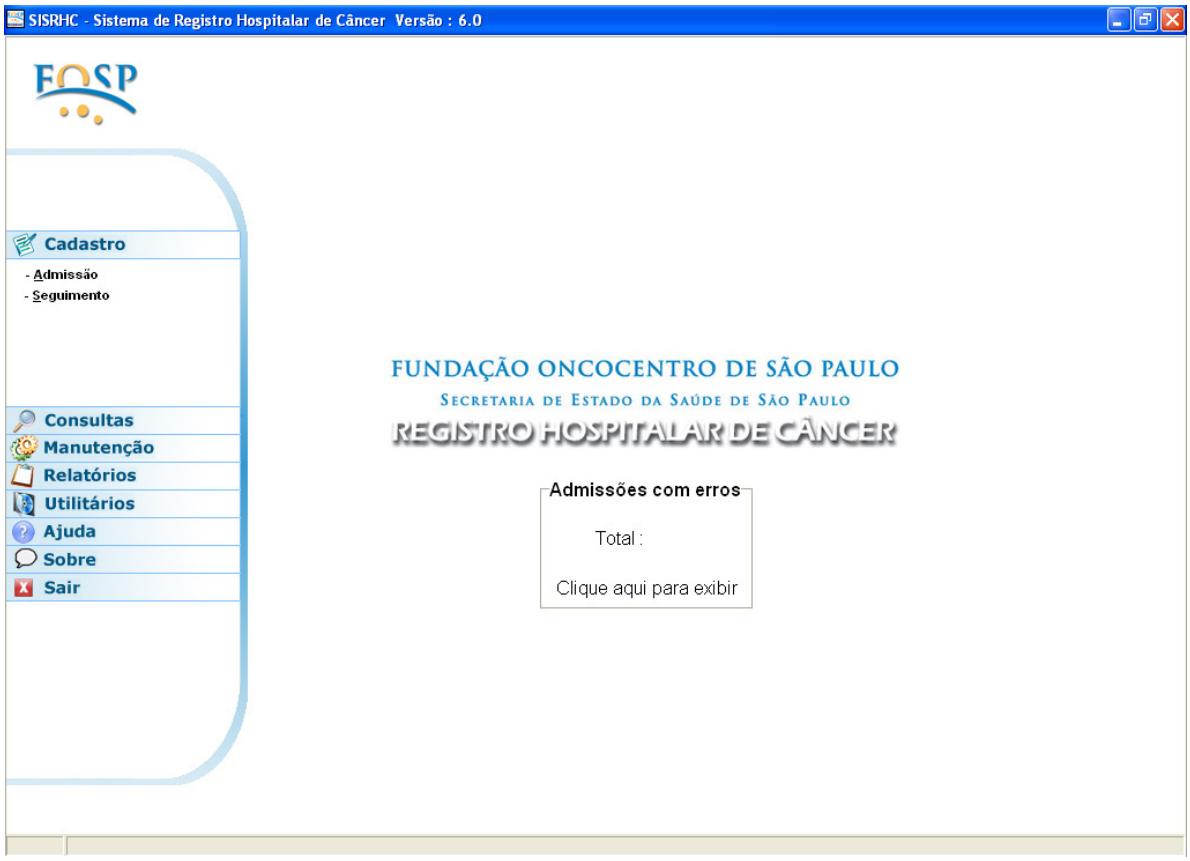

Figura 6 : Opções do menu de Cadastro

A tela seguinte permite manipular os dados do paciente e da admissão. Para pesquisar dados registrados, informe o número do prontuário, número do RHC ou parte do nome do paciente e clique em "Pesquisar". Para exibir todas as admissões que possuem erros, clique no botão "*Filtrar erros" ou utilize o atalho que aparece no centro da tela principal*. O resultado será exibido em duas listas. Na primeira, há os dados do paciente, clique sobre um nome na lista para que o quadro inferior mostre as admissões do mesmo. Clique duas vezes sobre a admissão para visualizar os dados completos (Figura 7).

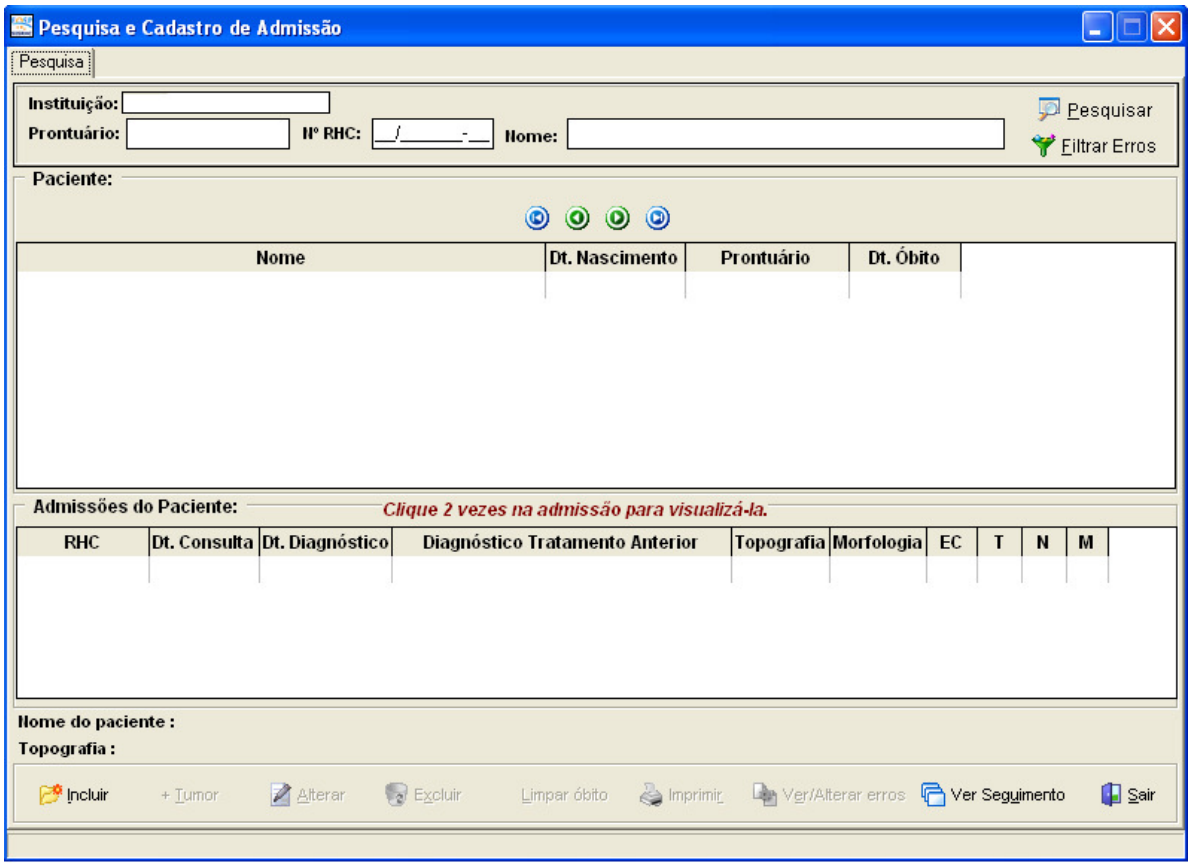

Figura 7: Pesquisa de Pacientes e admissões

3.2.2 Cadastro de admissão e do paciente

Clique no botão "Incluir", localizado no canto inferior esquerdo da tela de admissão (Figura 7). Nas telas seguintes, informe os dados de identificação do paciente, sua situação por ocasião do diagnóstico do tumor e consequente entrada no Serviço, informações sobre a doença (caracterização do tumor, localização, estadiamento, eventuais localizações de metástase) e eventos do atendimento (Figuras 8, 9 e 10). Campos em amarelo são de preenchimento obrigatório.

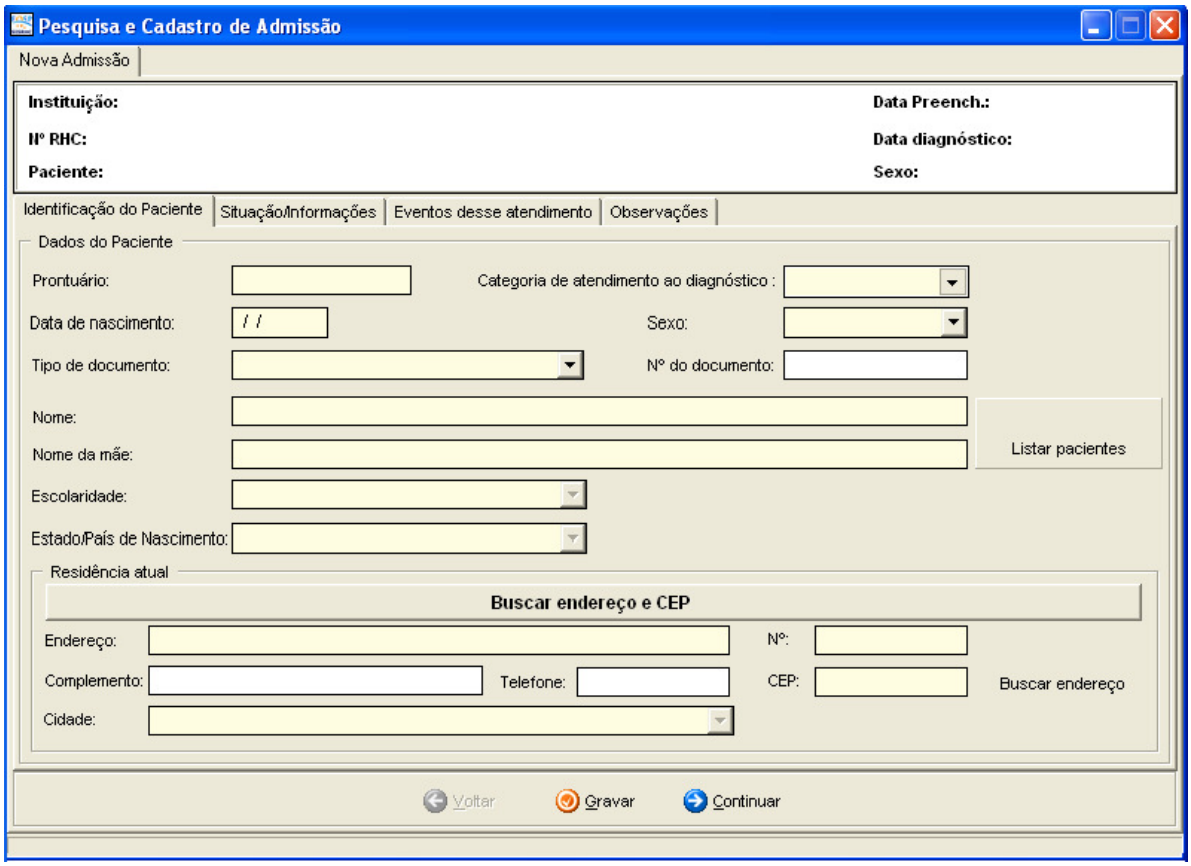

Figura 8: Cadastro de admissão – Identificação do Paciente

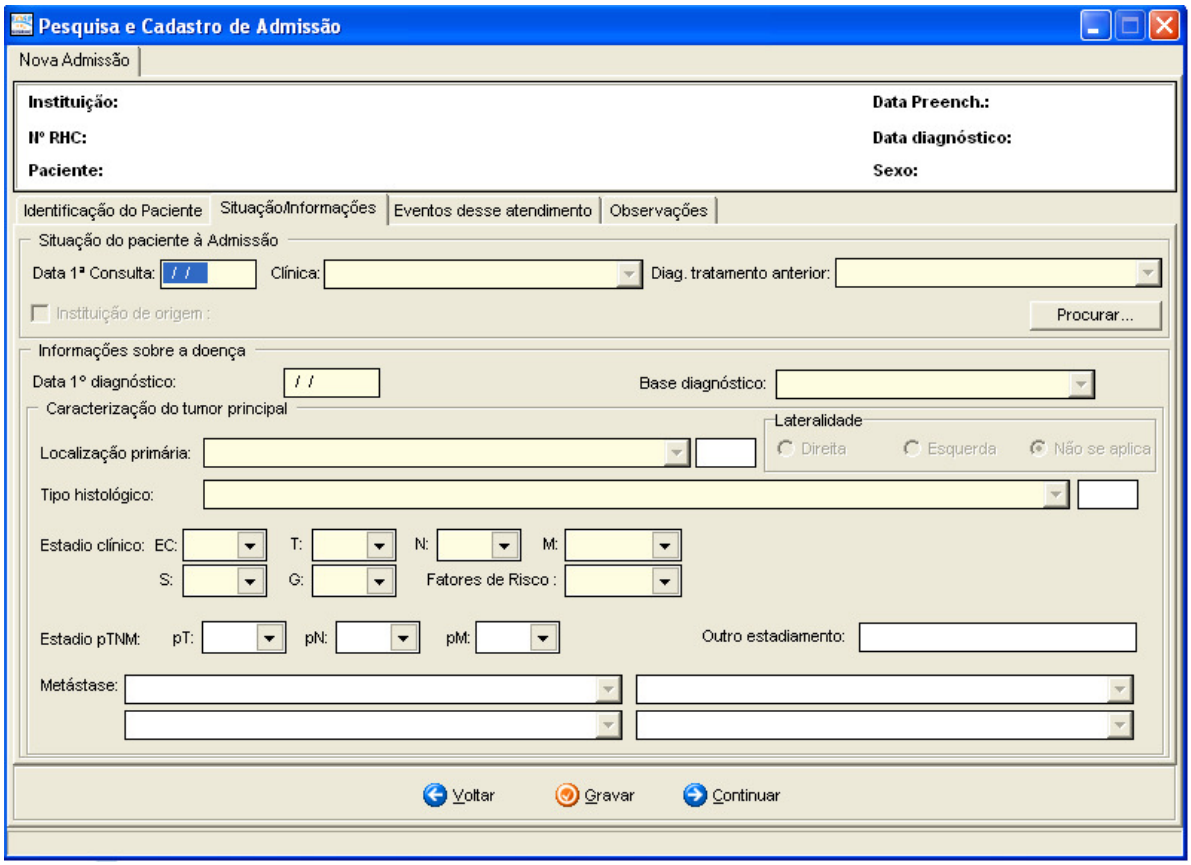

Figura 9: Cadastro de admissão – Situação/Informações

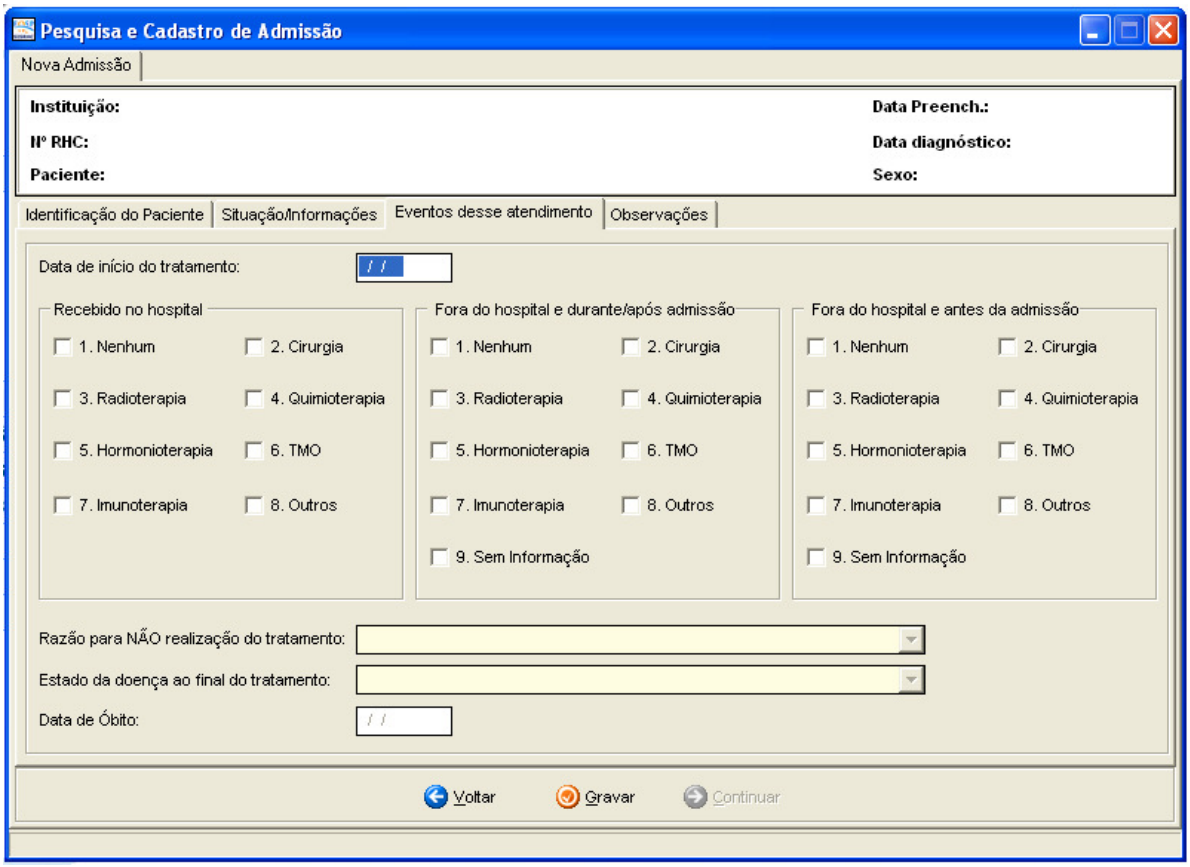

Figura 10: Cadastro de admissão – Eventos desse atendimento

Ao finalizar o cadastro, clique em "*Gravar*". Se tiver algum erro, o programa mostrará uma mensagem para que haja correção. Alguns erros podem ser arrumados em outra ocasião. Nestes casos o número do RHC começará com XX e não será permitido criar um seguimento para a admissão enquanto houver erros.

3.2.2.1 Cadastro de mais um tumor para o paciente

Na tela de pesquisa, localize o paciente que terá mais um tumor registrado. Clique sobre o Paciente e depois clique no botão "*+ Tumor*". Prossiga com o registro da mesma forma que um cadastro novo.

3.2.2.2 Alterar uma admissão

Admissões possuem restrições para alteração. Em relação aos casos COM seguimento informado, apenas podem ser alterados os campos a seguir: Tipo de Documento, Número de Documento, Nome da Mãe, Escolaridade, Estado/País de Nascimento, Clínica de Atendimento, Base para a Realização do Diagnóstico, TNM, Outro Estadiamento, pTNM, Tratamento Recebido e Observações. Nos casos registrados SEM seguimento informado, os seguintes campos podem ser alterados: Data de Nascimento, Tipo de Documento, Número de Documento, Nome, Nome da Mãe, Escolaridade, Estado/País de Nascimento, Data da Primeira Consulta, Clínica de Atendimento, Diagnóstico e Tratamento Anterior, Base para a Realização do Diagnóstico, Topografia, Morfologia, TNM, pTNM, Data do Tratamento, Tratamento Recebido, Razão para não Realização do Tratamento, Estado da Doença ao Final do Tratamento e Observações.

Para realizar as alterações, pesquise o paciente, clique sobre a admissão que deseja alterar e clique no botão "*Alterar*".

3.2.2.3 Excluir uma admissão

As admissões com seguimento informado não podem ser excluídas. Caso seja necessário, primeiro deve-se excluir todos os seguimentos daquela admissão para só depois apagar a admissão.

3.2.2.4 Limpar óbito

Todo registro de óbito cadastra um seguimento para cada admissão do paciente, informando o tipo de óbito e a data. No caso de erro, não é permitido alterar. Para facilitar o recadastramento de um óbito, selecione a admissão e clique no botão "*Limpar óbito*". Todos os seguimentos, admissões e informações do paciente serão atualizados.

3.2.2.5 Imprimir

Clique sobre a admissão e clique no botão "*Imprimir*" para visualizar a ficha de admissão do paciente.

3.2.2.6 Ver erros

Uma admissão que tenha o número do RHC iniciado por XX e que aparece em vermelho na tela indica que foi registrada com erros. Para saber quais são os erros apontados pelo programa, selecione a admissão e clique em "*Ver Erros*". Utilize a opção "*Alterar*" para corrigi-los.

3.2.2.7 Ver seguimento

Para cadastrar ou visualizar seguimentos cadastrados para uma determinada admissão, basta clicar sobre a mesma e depois clicar no botão "*Ver Seguimento*". A tela de cadastro de Seguimento abrirá já com as informações de seguimentos registrados para aquela admissão, permitindo visualizar, alterar, excluir e cadastrar sem ter que pesquisar novamente a admissão.

3.2.3 Informações sobre seguimentos

Clique no botão "*Cadastro*" e em seguida em "*Seguimento*" na tela principal do programa. Da mesma forma que o cadastro de admissão, a tela de seguimento permite localizar a admissão e seguimento através do prontuário, número do RHC ou parte do nome do paciente. A primeira lista exibe as admissões e, após clicar em uma, a segunda lista exibe os seguimentos da admissão escolhida (Figura 11).

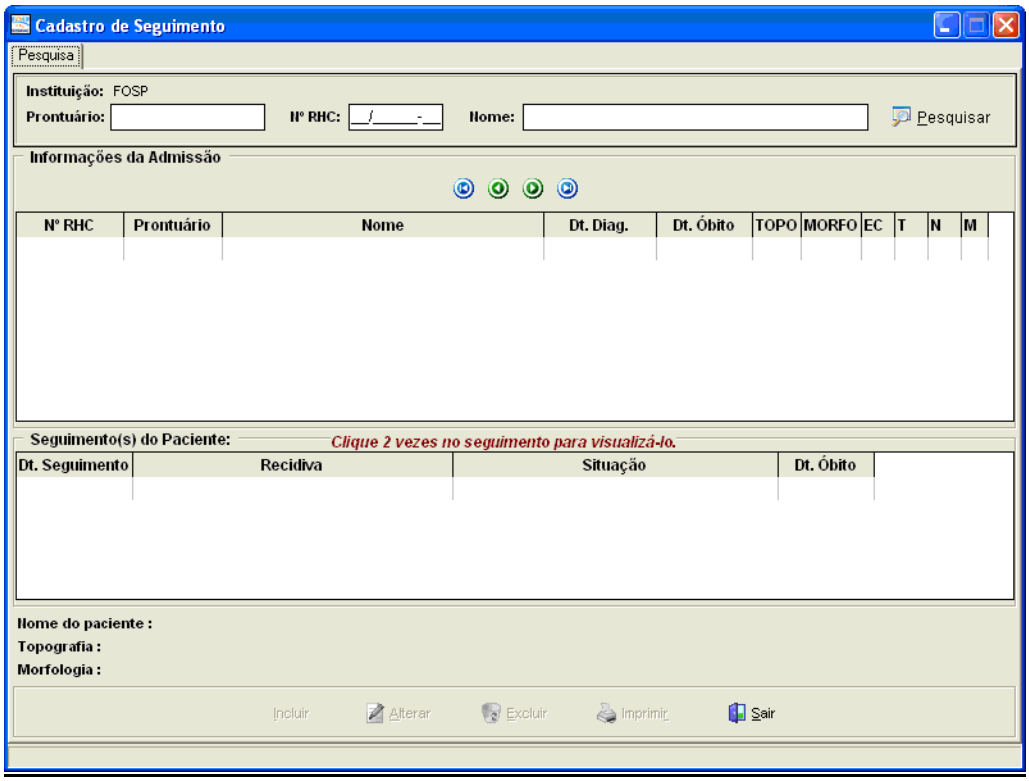

Figura 11: Cadastro e pesquisa de Seguimento

As opções Incluir, Alterar, Excluir e Imprimir Seguimentos funcionam da mesma forma que as opções de Admissão. Clique duas vezes sobre um seguimento para visualizar um resumo dos dados cadastrados (Figura 12).

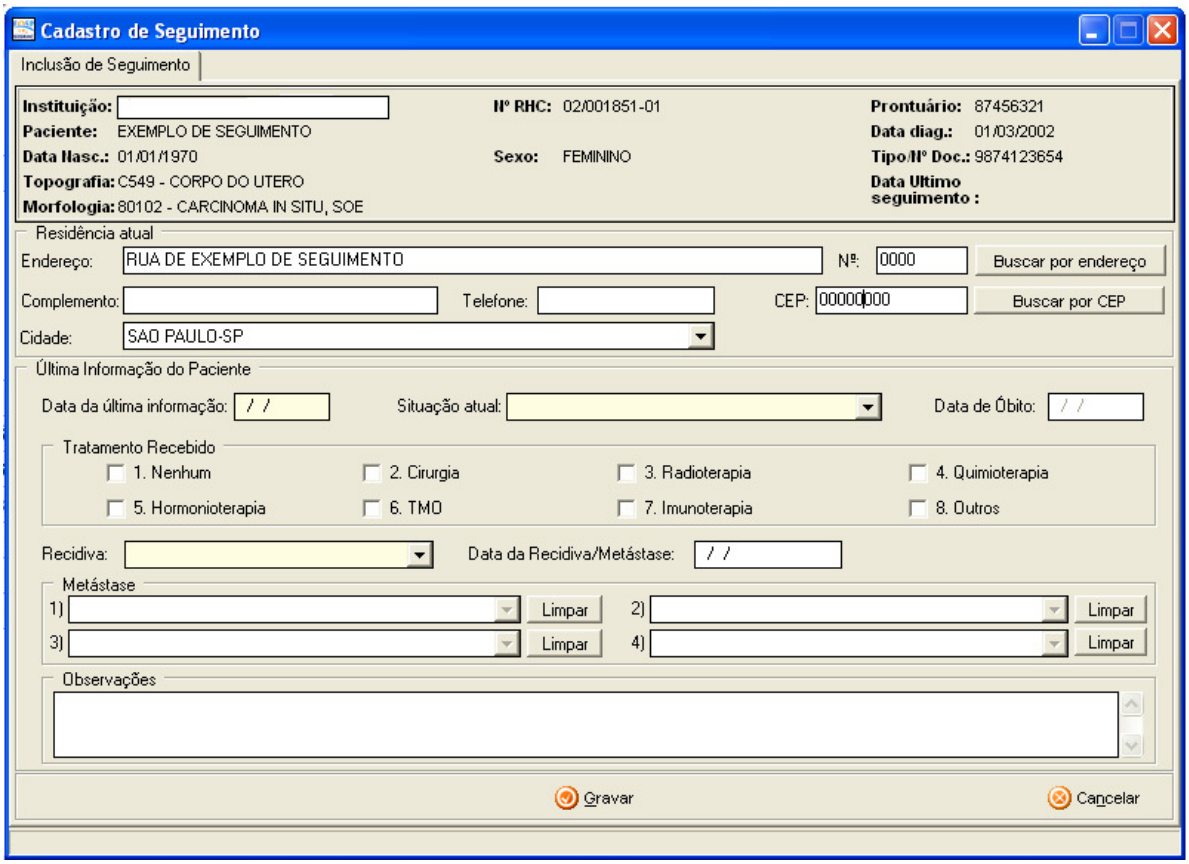

Figura 12: Cadastro de Seguimento

3.2.3.1 Data do seguimento (data da última informação)

O seguimento consiste em efetuar um acompanhamento temporal dos casos cadastrados na admissão. Este acompanhamento se realiza através da Ficha de Seguimento, sendo que os dados começam a ser cobrados a partir de um ano da data de diagnóstico do tumor ("aniversário do tumor"). A inclusão da informação pode ser feita em qualquer período do ano e preenchida mais de uma vez, com exceção dos casos de óbito, nos quais o registro do seguimento encerra-se a partir do conhecimento da morte do paciente.

3.3 CONSULTAS DE MUNICÍPIOS, TOPOGRAFIA E MORFOLOGIA

O sistema permite a pesquisa de todas as cidades, topografias e morfologias cadastradas. Para acessar as opções, clique no botão "*Consultas*" no menu principal e escolha a que deseja consultar.

Para cidades, pode-se filtrar a partir de uma parte do nome. Além do nome da cidade, outras informações como estado e faixa de CEP são exibidas (Figura 13).

Código do IBGE	Nome	UF	CEP	CEP inicial	CEP final
520005	ABADIA DE GOIAS	GO	75345000	72800000	76740999
310010	ABADIA DOS DOURADOS	MG	38540000	30000000	39998999
520010	ABADIANIA	GO	72940000	72800000	76740999
310020	ABAETE	MG	35620000	30000000	39998999
150010	ABAETETUBA	PA	68440000	66000000	68890999
230010	ABAIARA	CE	63240000	60000000	63970999
290010	ABAIRA	BA	46690000	40000000	48990999
290020	ABARE	BA	48680000	40000000	48990999
410010	ABATIA	PR	86460000	86460000	86460970
420005	ABDON BATISTA	SC	89636000	88000000	89998999

Figura 13 – Consulta de Cidades

Consultas de topografia e morfologia também permitem filtro com parte da descrição ou do código numérico. É possível imprimir uma lista de topografias ou morfologias informando a faixa do código numérico que deseja exibir (Figuras 14 e 15).

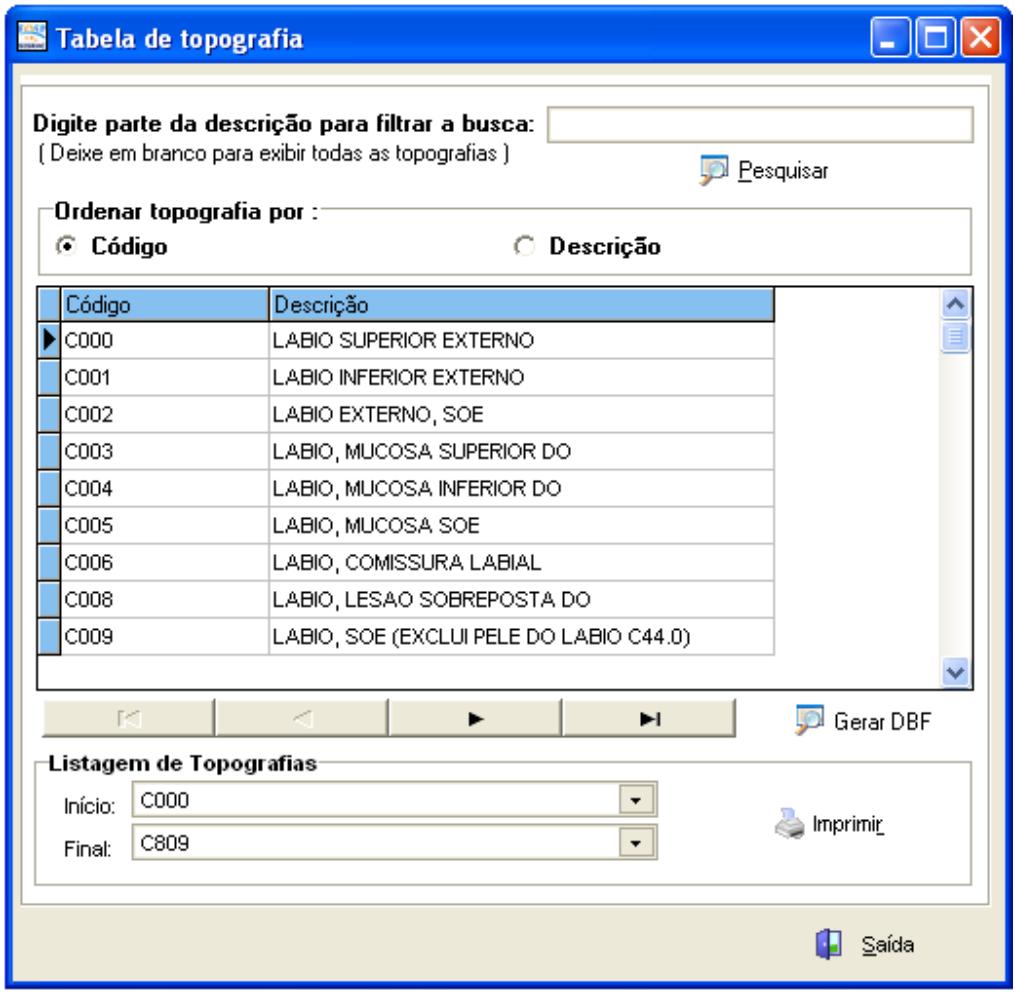

Figura 14: Consulta de topografias

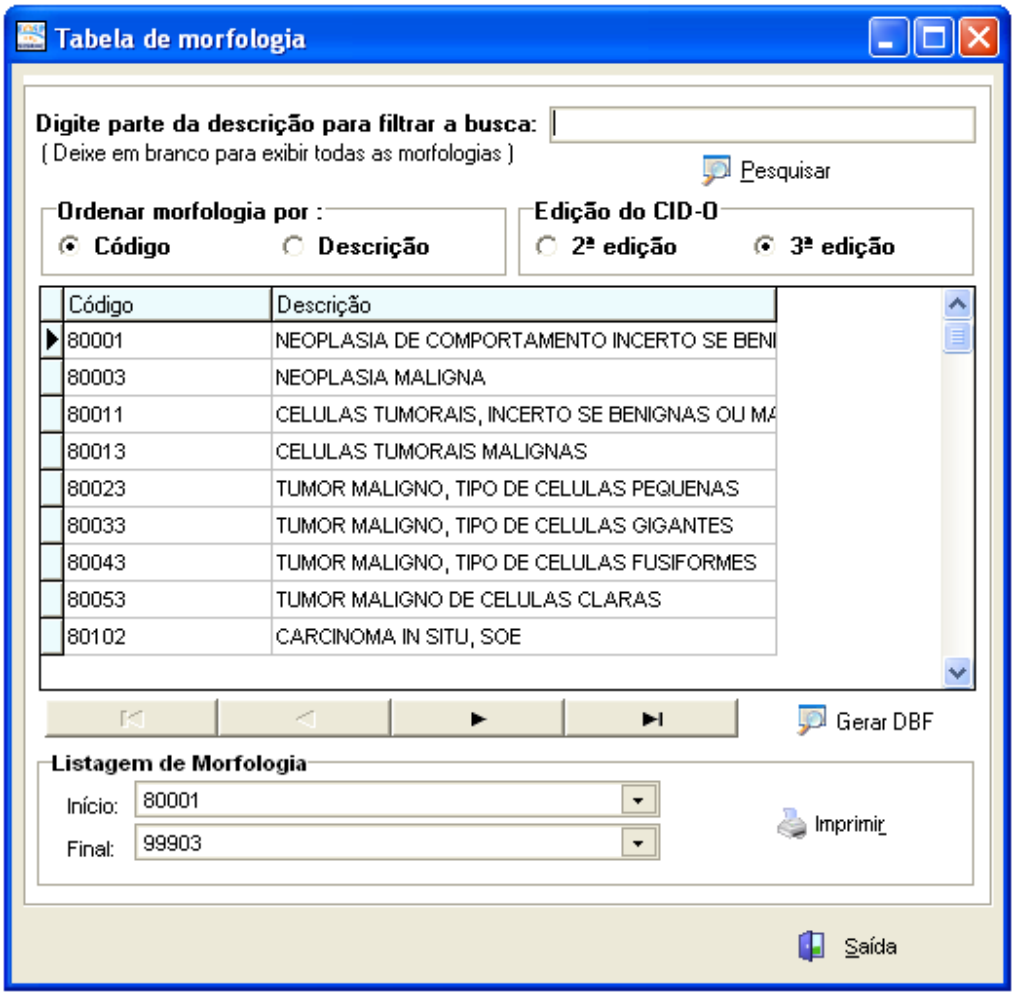

Figura 15: Consulta de morfologias

3.4 MANUTENÇÃO DE USUÁRIOS

Utilize a opção de manutenção de usuários (clique no botão Manutenção do menu principal e depois em Usuários) para adicionar um novo registrador ou alterar permissões (Figuras 16 e 17). As únicas diferenças entre um usuário (registrador) comum e um com permissão de administrador são: possibilidade de imprimir fichas de produtividade e poder alterar/incluir registradores.

Figura 16: Consulta de usuários

Figura 17: Exemplo de alteração de usuário

3.5 RELATÓRIOS

Dividido em várias opções, os relatórios permitem acompanhamento da situação do paciente, estatísticas gerais ou por determinado atributo, entre outros. No menu principal clique em "*Relatórios*" para exibir a lista de opções de relatórios. Todas as opções com uma seta vermelha ao lado possuem sub-opções. Para acessá-las basta

clicar sobre a opção e uma lista aparecerá ao lado (Figura 18).

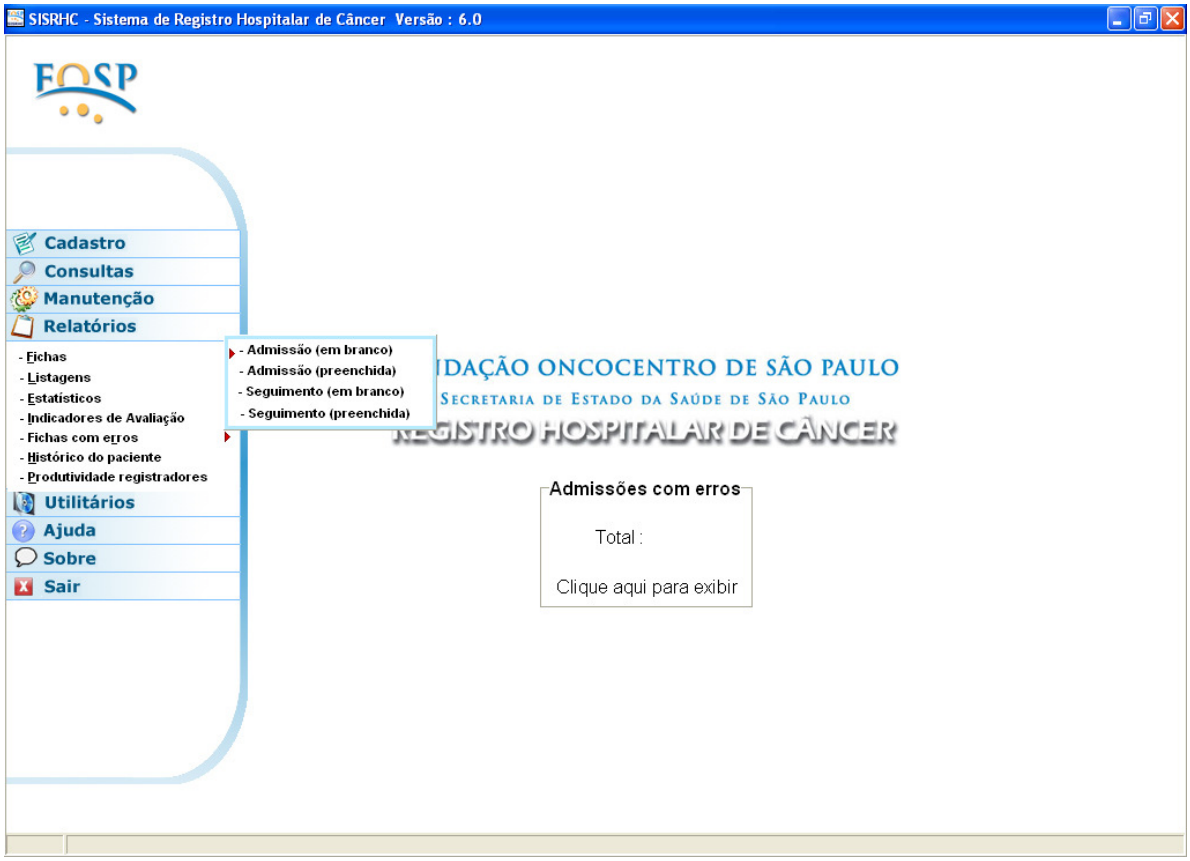

Figura 18: Acesso às sub-opções das "*Fichas*"

A partir da nova versão dos SISRHC (número 6.0) os relatórios, além de visualizados e impressos diretamente pelo menu principal, poderão ser gerados em formato *dbf* e, assim, será possível utilizar outro software para manuseio dos dados. Os relatórios estão divididos da seguinte forma:

- Fichas: Fichas com informações de cadastro de admissão e seguimento do paciente. Permite imprimir as fichas em branco

- Listagens: Filtra dados selecionados pelo usuário e exibe uma lista com os resultados. Permite gerar listas de tumores cadastrados, pacientes com mais de um tumor, todos os cadastros de tumores com seguimento, lista de cobrança de seguimento e todos os óbitos registrados

- Estatísticos: Filtra os dados registrados apresentando estatísticas sobre determinado tumor, sexo, idade, região, estadiamento entre outros relatórios
- Indicadores de Avaliação: indicadores de qualidade dos dados e de acesso ao diagnóstico/tratamento
- Fichas com erro: Permitem visualizar quais pacientes possuem erro na ficha de forma simplificada (só o nome) ou completa (nome e erros no cadastro)
- Histórico do paciente: Um resumo dos dados cadastrados para um determinado paciente. Exibe na ficha todos os tumores cadastrados e os seguimentos informados de cada um deles
- Produtividade registradores: Este relatório só pode ser acessado por usuários com acesso administrativo. Permite visualizar a quantidade de cadastro tanto de admissão quanto de seguimento de cada registrador no período informado. Não serve para obter dados de alterações em registros, somente conta cadastros novos

3.6 UTILITÁRIOS

Menu para manipulação e backup dos dados. Dentre as opções, somente backup/restauração tem restrição, pois só pode ser executada na máquina cadastrada como "*servidor*" (Figura 19).

Figura 19: Opções do menu Utilitários

A opção de "*Gerar arquivo FOSP*" pode ser executada de qualquer computador, independente do usuário. Solicita-se que todos os demais computadores fechem o RHC quando uma máquina for gerar o arquivo, evitando que dados fiquem "travados". Ao finalizar, o programa exibirá no final do formulário a pasta e o nome do arquivo gerado. Envie o arquivo para o e-mail rhc@fosp.saude.sp.gov.br (Figura 20).

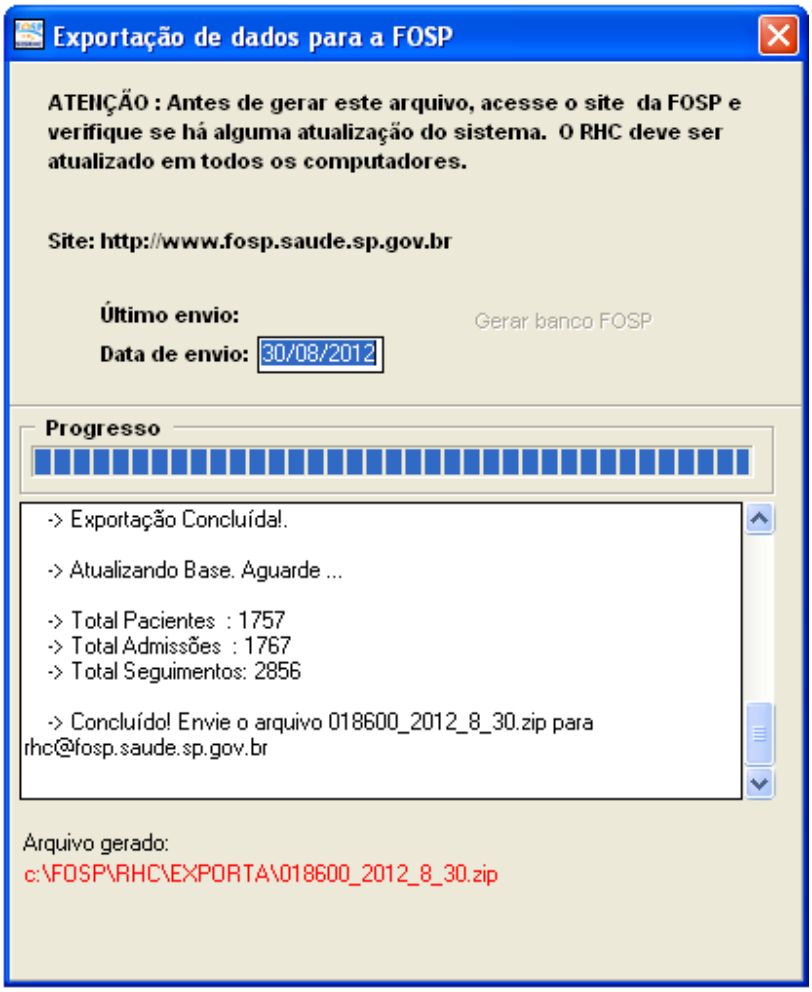

Figura 20: Gerar arquivo FOSP

A Pasta EXPORTA armazena os últimos arquivos enviados. Para saber qual foi o último gerado, basta olhar o nome do arquivo, composto por IDENTIFICACAO_ANO_MES_DIA.

Observação: Os arquivos são salvos no computador que utilizou a opção, sendo que os outros computadores não têm acesso a estes arquivos! Cuidado para não gerar duas vezes. Recomenda-se gerar sempre no mesmo computador por questão de organização.

A opção "Importar dados externos" deve ser utilizada por quem possui outro programa de cadastro, mas gostaria de transferir os registros deste programa para o RHC. Para obter o formato de importação dos dados, solicite o arquivo para a FOSP.

Para manipular dados de admissão e seguimento em outros programas como Excel e Access, utilize a opção "*Criar arquivo formato DBF*". Escolha as opções de acordo com suas necessidades e clique em "*Exportar*" (Figura 21).

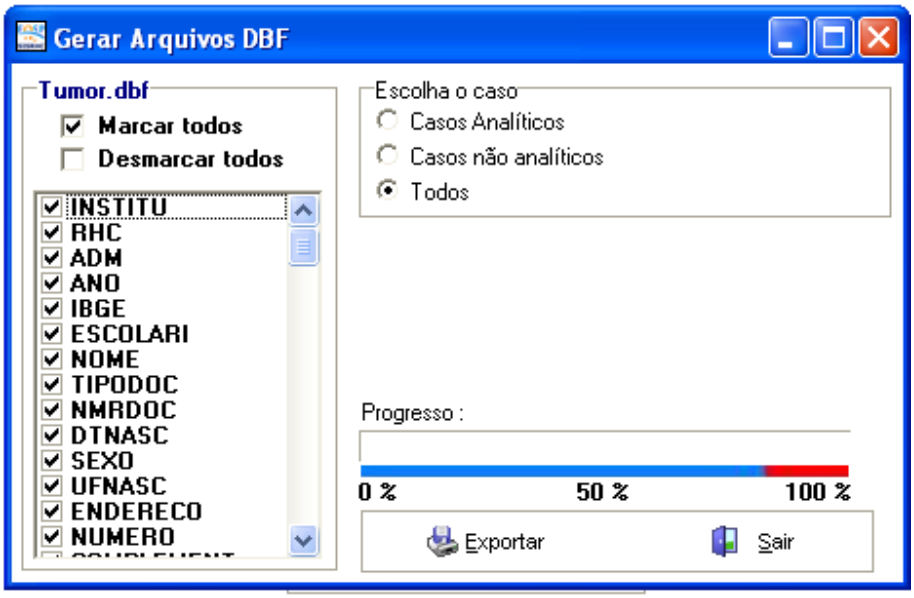

Figura 21: Exportar dados em formato DBF

3.7 AJUDA E MENU "SOBRE"

Outras informações sobre o sistema encontram-se no arquivo de Ajuda. Para acessá-lo clique na opção do menu. O menu "*Sobre*" mostra o local onde se encontra o banco de dados, quantos dias o sistema acusa que não foi feito backup manual e os e-mails para contato da FOSP.

Na seção "EPIDEMIOLOGIA/RHC" do site da FOSP (http://www.fosp.saude.sp.gov.br), ao clicar no link "Atualizações RHC", estão disponíveis as atualizações do SISRHC (quando necessárias), este manual na versão em pdf, modelos das fichas de admissão e de seguimento e, ainda, o gabarito do arquivo dbf, com a descrição das variáveis disponíveis no banco de dados.

3.8 ATUALIZAÇÃO DO SISRHC

Para saber se o RHC está atualizado, abra o programa e verifique a numeração que aparece no topo da tela, onde está escrito "Versão".

Sempre que alguma melhoria for identificada, será disponibilizado no site da Fosp um arquivo de atualização. Este arquivo não serve como instalador do sistema e só funciona em computadores que já tenham o RHC instalado. A atualização não apaga nem "limpa" o banco de dados.

Mesmo que um computador esteja com uma versão muito antiga, não é necessário executar vários arquivos, a atualização mais recente verifica quais não foram realizadas e executa todas na ordem em que foram disponibilizadas.

O arquivo para atualização deve ser salvo e executado em todos os computadores que utilizam o sistema, para garantir que o executável do SISRHC, localizado na pasta C:\FOSP\RHC\ de cada computador, fique com a versão mais recente. O único arquivo atualizado via rede é o banco de dados, que é modificado ao executar pela primeira vez a atualização, independente do computador ser "cliente" ou "servidor". Caso algum computador fique com a versão diferente do banco de dados, uma mensagem será exibida ao abrir o programa pedindo que atualize o sistema.

3.8.1 Quando atualizar

Caso haja acesso constante à internet no computador onde o RHC é utilizado, ao iniciar o programa será verificado qual a última versão disponibilizada no site da FOSP. Caso esteja desatualizado, uma mensagem será exibida na tela principal (Figura 22).

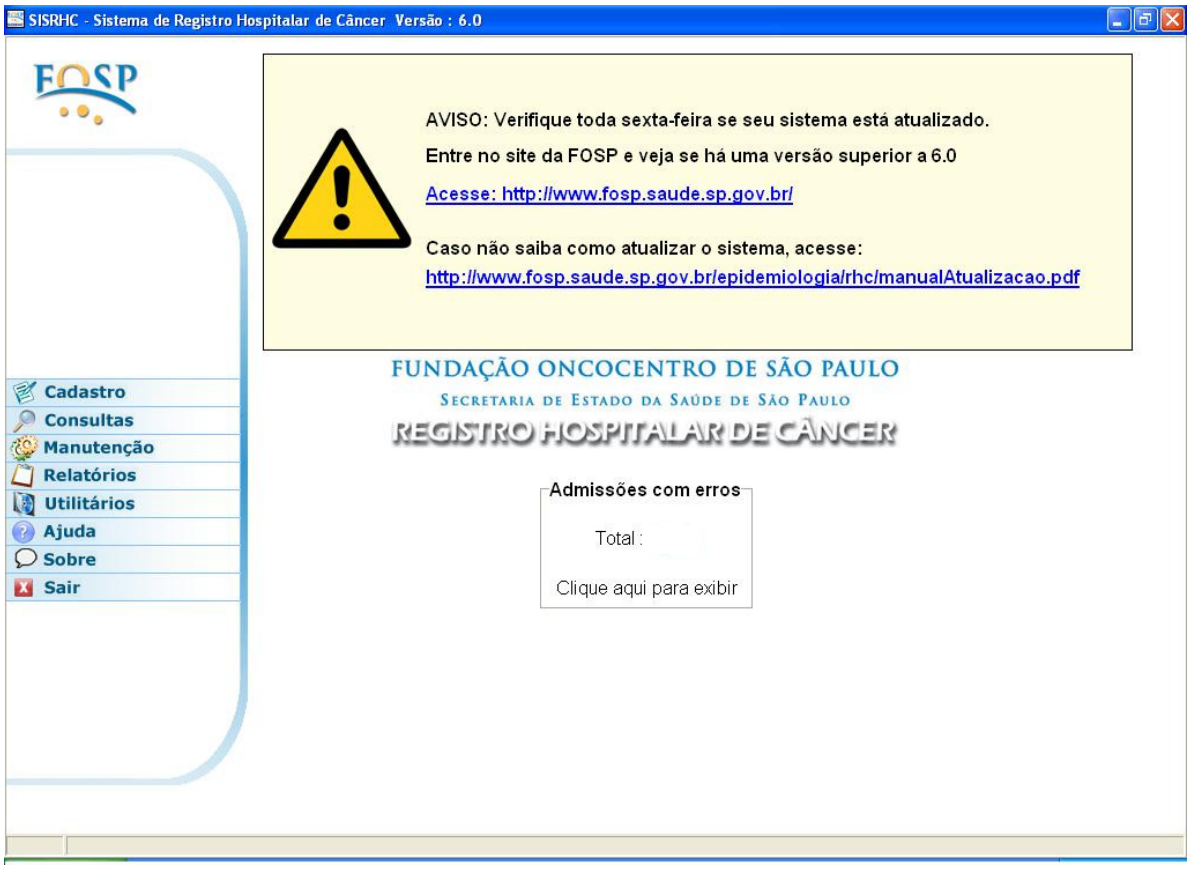

Figura 22: Exemplo de aviso de nova versão do sistema

Se não houver acesso à internet, o sistema exibirá um aviso, em toda sexta-feira, para que o usuário acesse o site e verifique se há uma versão nova.

3.8.2 Como atualizar

Para atualizar o sistema, é necessário ter acesso de "Administrador" do Windows, caso contrário a atualização poderá apresentar erros. Se não tiver esse acesso, solicite ao setor de informática da sua Instituição a atualização do sistema ou a liberação do acesso administrativo do Windows. Certifique-se que o SISRHC esteja fechado em todos os computadores no caso de ter mais de um com o sistema.

Acesse o site da FOSP (http://www.fosp.saude.sp.gov.br). As atualizações ficam sempre disponíveis na página principal, na seção "Destaques" e através da seção "Epidemiologia/RHC", no link "Atualizações RHC" (Figura 23).

Figura 23: Exemplo de link para atualização do SISRHC no site da FOSP.

Clique no link referente à atualização e salve o arquivo no computador. Por padrão, o nome do arquivo será AtualizaXX.exe, onde XX será a versão da atualização. Por exemplo, a versão 5.5.43 teve o nome Atualiza43.exe. Ao terminar o download do arquivo, clique duas vezes para executá-lo.

Clique em Avançar/*Next.* Aparecerá uma janela com uma barra de progresso, aguarde a barra chegar a 100% e a mensagem de sucesso na atualização. Caso ocorra um erro, verifique se o computador servidor do SISRHC está ligado e se há conexão na rede. Se o erro persistir, entre em contato com a Fosp, através do telefone (11) 3797-1836.

4 CONTROLE DE QUALIDADE DA BASE DE DADOS

Além das consistências automáticas existentes no SISRHC, periodicamente, a base de dados é submetida a um processo de validação, a partir do qual são verificadas se as informações incluídas estão corretas e são coerentes entre si. No caso de eventuais dúvidas, os dados são revistos e, quando necessário, contata-se a equipe do RHC responsável pelo envio para que haja consulta ao prontuário hospitalar e confirmação. Se a inconsistência for constatada após a liberação da base de dados para consulta, a correção será feita internamente e disponibilizada publicamente no trimestre seguinte, após o próximo envio de dados pelas instituições hospitalares participantes do RHC/Fosp, que ocorre a cada três meses.

Na página eletrônica da Fosp, trimestralmente, estão disponíveis indicadores de qualidade dos dados e de acesso ao diagnóstico/tratamento, de forma global, para os hospitais integrantes do RHC/Fosp. Além disso, através do SISRHC existe a possibilidade de se gerar relatórios periódicos com, específicos para cada unidade hospitalar, conforme descrito a seguir.

4.1 INDICADORES DE QUALIDADE DOS DADOS E DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO

Os indicadores são utilizados como medida da qualidade do registro de casos e do desempenho de determinado estabelecimento hospitalar em relação ao atendimento prestado aos pacientes com câncer. A análise periódica deste conjunto permite o conhecimento de aspectos positivos e, também, dos aspectos passíveis de intervenção e melhoria. Para fins de comparação, são utilizadas recomendações nacionais e internacionais, do Instituto Nacional do Câncer e do *Canadian Cancer Surveillance.*

4.1.1 Percentual (%) de confirmação microscópica

Indica a porcentagem de casos de neoplasias malignas que foram confirmados

microscopicamente, ou seja, a parcela de casos registrados em que houve confirmação da malignidade por exame histológico do tumor primário. A variável utilizada como fonte dos dados é "BASEDIAG" - Base para realização do diagnóstico.

- Cálculo: *Nº de casos com diagnóstico de câncer por confirmação microscópica (modalidade 3 da variável "BASEDIAG"), em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja de, no mínimo, 95%.

4.1.2 Percentual (%) de casos sem informação de estadiamento ("código X")

Indica o percentual de casos com estádio clínico "X", ou seja, os tumores não avaliados pelo profissional médico responsável ou sem informação sobre estadiamento anotada no prontuário. As variáveis utilizadas como fonte dos dados são "ECGRUP" ou "EC"- Estádio clínico.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com estádio clínico "X", em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 10,0%.

4.1.3 Percentual (%) de casos de neoplasia maligna, sem outra especificação - SOE (8000/1 e 8000/3)

Indica o percentual de casos com morfologia ou tipo histológico de comportamento incerto - SOE (8000/1) e neoplasia maligna - SOE (8000/3). A variável utilizada como fonte dos dados é "MORFO" - Tipo histológico do tumor principal.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com morfologia 8000 (/1 e /3), em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 3,0%.

4.1.4 Percentual (%) de casos com localização primária desconhecida (C80.9)

Indica o percentual de casos com topografia C80.9. As variáveis utilizadas são "TOPO" ou "TOPOGRUP" - Localização primária do tumor principal.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com topografia C80.9, em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 2,5%.

4.1.5 Percentual (%) de casos classificados como "outras localizações e localizações mal definidas" (C76.0 - C76.8)

Indica o percentual de casos com topografia C76 (C76.0 à C76.8). As variáveis utilizadas como fontes dos dados são "TOPO" ou "TOPOGRUP" - Localização primária do tumor principal.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com topografia C76 (C76.0 à C76.8), em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 2,5%.

4.1.6 Percentual (%) de casos sem informação sobre o estado da doença ao final do tratamento

Indica o percentual de casos registrados na modalidade *sem informação* em relação ao estado da doença ao final do tratamento proposto. A variável utilizada como fonte dos dados é "SITUAÇÃO" - Estado da doença ao final do tratamento.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com informação sobre o estado da doença ao final do tratamento, em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 10,0%.

4.1.7 Percentual (%) de casos registrados com a informação "tratamento proposto não concluído"

Indica o percentual de casos com a modalidade *tratamento não concluído* em relação ao estado da doença ao final do tratamento proposto. A variável utilizada como fonte dos dados é "SITUAÇÃO" - Estado da doença ao final do tratamento.

- Cálculo: *Nº de casos registrados com tratamento proposto não concluído em relação ao estado da doença ao final do tratamento, em determinado período / Nº de casos registrados no mesmo período x 100*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 50,0%.

4.1.8 Mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a data de diagnóstico e a data da primeira consulta

Indica o intervalo mediano de tempo, em dias, entre a data do primeiro

atendimento ao paciente relacionado ao tumor que está sendo registrado e a data do exame que tenha levado ao diagnóstico de neoplasia maligna. Através deste indicador é possível conhecer a eficiência do hospital no atendimento aos pacientes com câncer. A variável utilizada como fonte dos dados é "CONSDIAG" - Tempo (em dias) entre a data do diagnóstico e a data da primeira consulta no hospital relacionada ao tumor registrado.

- Cálculo: *Mediana da variável CONSDIAG (em dias), para pacientes que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento prévio, em determinado período.*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 60 dias.

4.1.9 Mediana do intervalo de tempo (em dias) entre a data de tratamento e data de diagnóstico

Indica o intervalo mediano de tempo, em dias, entre a data de início do primeiro tratamento anti-neoplásico proposto e a data do exame que tenha levado ao diagnóstico. Através deste indicador é possível conhecer a eficiência do hospital no atendimento aos pacientes com câncer. A variável utilizada como fonte dos dados é "TRATDIAG" - Tempo (em dias) entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento.

- Cálculo: *Mediana da variável TRATDIAG (em dias), para pacientes que chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento prévio, em determinado período. Devem ser excluídos os casos de câncer de pele (C44) com morfologias entre 8010/1 e 8110/3 (neoplasias epiteliais - SOE, de células escamosas e neoplasias basocelulares), além dos pacientes que não realizaram tratamento oncológico.*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 30 dias.

4.2.0 Seguimento

Indica o percentual de casos classificados como Perda de Seguimento. Se, por dados do prontuário hospitalar, for constatado que o paciente deixou de comparecer ao hospital por dois anos consecutivos, ou seja, se o intervalo de tempo entre a última informação disponível e a data de preenchimento do seguimento for superior a dois anos, o caso será automaticamente considerado perdido de seguimento pelo sistema, pois não haverá informação sobre a situação atual do paciente.

- Cálculo: *Percentual de casos classificados como Perda de Seguimento, obtido pela opção "Relatórios" → "Indicadores de Avaliação" → "Avaliação Geral"*

- Parâmetro: Recomenda-se que o valor obtido seja inferior a 20%.

5 BOLETIM RHC

Periodicamente, a Diretoria Adjunta de Informação e Epidemiologia da Fosp produz boletins informativos que abordam temas diversos da área de cancerologia, incluindo análises da base de dados do RHC, informações sobre atualizações e/ou nova versão do SISRHC, assim como divulga os principais eventos sobre Registros de Câncer.

As publicações tornam-se disponíveis, após cada envio trimestral de dados, em formato eletrônico, na *home-page* da Fosp http://www.fosp.saude.sp.gov.br/html/rhc_bol.html), onde podem ser acessadas as edições anteriores. A cada nova edição, os boletins são enviados em meio impresso a todas as instituições hospitalares participantes do RHC/FOSP.

6 USO E ACESSO À BASE DE DADOS DO RHC/FOSP

A base paulista de dados sobre câncer contempla uma série de informações clínicas e epidemiológicas que possibilitam o conhecimento do perfil dos pacientes com câncer no estado paulista, além dos principais recursos utilizados para o diagnóstico e tratamento da doença. Inclui, ainda, características do tumor maligno e de seu

estadiamento clínico no momento do diagnóstico, da evolução do paciente a partir do tratamento realizado e acompanhamento de sua situação ao longo do tempo. Estes elementos contribuem para o conhecimento da qualidade da assistência prestada ao paciente oncológico, podendo se obter, por exemplo, o intervalo de tempo decorrido entre a 1ª consulta do paciente no hospital até o momento do diagnóstico e, ainda, o tempo de espera entre o diagnóstico da neoplasia maligna e o início da terapêutica.

A gama de possibilidades advindas da utilização desta base de dados permite que ela seja útil não apenas para subsidiar políticas públicas, como também, para fins de pesquisa clínica e trabalhos científicos, como os estudos de sobrevida.

O banco de dados geral do RHC/Fosp, referente aos casos analíticos de câncer, pode ser acessado de duas maneiras, na *home-page* da Fosp:

1- Arquivos para *download*, nas versões "Banco RHC completo" (base de dados completa, com todos os tumores diagnosticados a partir do ano 2000) e "Banco RHC segundo ano de diagnóstico" (base de dados segundo ano de diagnóstico do tumor). Os referidos arquivos estão em formato *dbf* e podem ser acessados em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/epidemiologia/descarrega.html . O Gabarito do arquivo *dbf* (Anexo C) contém os nomes das variáveis do banco de dados, a descrição de cada uma delas e o significado dos códigos identificadores.

2- Para tabulação, utilizando a ferramenta Tabnet®. Os dados consolidados estão agrupados em duas formas: "Tabnet Geral" (inclui os tumores malignos ocorridos em todas as faixas etárias) e "Tabnet infantil" (inclui os tumores malignos ocorridos nas idades entre 0 e 19 anos). Com a utilização desta ferramenta é possível construir tabelas de forma simples e rápida, com o número de casos de câncer segundo uma série de variáveis: sexo, faixa etária, UF de nascimento, UF/DRS/município de residência, características do tumor (topografia, morfologia, estádio clínico, ano de diagnóstico), tratamento proposto, entre outras. O Tabnet® pode ser acessado na *home-page* da Fosp, na seção "Sistemas e Serviços" (http://www.fosp.saude.sp.gov.br).

Normalmente, na tabulação das informações para os três últimos anos mais recentes, nota-se que o número de casos é consideravelmente menor do que o apresentado nos anos anteriores, pois o registro ainda está em andamento, não

significando, portanto, que o número de casos de câncer está diminuindo. Esta diferença se dá pelo fato de haver uma espera de pelo menos um ano para inclusão do caso na base de dados, sendo este o tempo estabelecido para que se possa obter um maior número de informações sobre o tumor, o tratamento realizado e a evolução do paciente. À medida que ocorre o envio dos bancos de dados pelas instituições hospitalares (meses de março, junho, setembro e dezembro), os números de casos vão sendo atualizados e divulgados.

Outro aspecto importante a ser lembrado na análise dos dados do RHC/Fosp é que seus números não refletem o total de casos novos de câncer diagnosticados entre os residentes no estado paulista, não se prestando desta forma para o cálculo das taxas de incidência de câncer.

7 CONTATOS COM A FOSP - EQUIPE RHC

- Telefones: (11) 3797-1836 / 3797-1837

***- E-mail*:** rhc@fosp.saude.sp.gov.br

***- Home-page*:** http://www.fosp.saude.sp.gov.br

- Endereço para correspondência:

Fundação Oncocentro de São Paulo - Registro Hospitalar de Câncer
Rua Oscar Freire, 2396, 6º andar.
São Paulo-SP. CEP: 05409-012

8 DÚVIDAS FREQUENTES

O monitoramento contínuo da qualidade dos dados informados tem sido objeto de grande atenção da equipe da Fosp, responsável pela implantação do RHC nos Hospitais. Logicamente, a qualidade das informações geradas está diretamente relacionada à qualidade dos dados cadastrados.

Sendo assim, a cada envio de banco de dados à Fosp são efetuadas análises diversas com o objetivo principal de detectar problemas de conceito, preenchimento ou

de operacionalização do próprio sistema dentre outros. Ao mesmo tempo, a equipe mantém um serviço de atendimento telefônico – (11) 3797-1836 ou 3797-1837 – e também por e-mail rhc@fosp.saude.sp.gov.br) através dos quais os registradores ou coordenadores podem colocar suas dúvidas e dificuldades.

Desta forma, procurou-se reunir aqui uma coletânea das principais dúvidas atendidas desde a implantação, que serão apresentadas em forma de perguntas e respostas ou de exemplos, buscando principalmente divulgar as orientações dadas individualmente e ampliar o material para consulta.

1. Estou cadastrando um tumor (caso novo, sem diagnóstico e sem tratamento, que será tratado e acompanhado pelo Hospital em que trabalho) que tem como primeiro tratamento proposto cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A cirurgia e a quimioterapia foram realizadas no Hospital e a radioterapia num outro Hospital. Como devo registrar este tumor, principalmente, em relação ao "tratamento recebido?"

A primeira questão a destacar é que este caso é considerado analítico – devendo ser anotado no campo diagnóstico e tratamento anterior o código 1 – sem diagnóstico e sem tratamento. Na variável "tratamento recebido", devem ser registradas as três modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (mesmo tendo sido realizada em outro hospital). Este dado refere-se ao primeiro tratamento **proposto** para o tumor em questão, devendo ser informadas todas as modalidades terapêuticas administradas e propostas. Em relação à data, deve ser registrada a relativa ao primeiro tratamento recebido pelo paciente.

2. Como o caso anterior será registrado no Hospital onde foi realizada apenas a radioterapia?

Neste Hospital, o caso será considerado não analítico, uma vez que o paciente está sendo seguido em outra Instituição e realiza nesta, apenas, uma complementação terapêutica. Ao ser cadastrado, terá anotado no campo "diagnóstico e tratamento anterior" o código 3 – Com diagnóstico e com tratamento (uma vez que o diagnóstico foi feito em outra Instituição e já realizada a cirurgia e, possivelmente, a quimioterapia) e como tratamento recebido será informado "radioterapia". Se, neste caso, o paciente retornar à instituição de origem, o hospital que o recebeu para a realização da

radioterapia deverá mantê-lo como não analítico e incluí-lo na opção 4 - Outros, pois somente a complementação terapêutica - radioterapia - foi realizada no segundo hospital.

3. Estou cadastrando um tumor e não encontro a denominação da topografia anotada no prontuário na lista apresentada na tela do software SISRHC da Fosp. Como proceder?

O software SISRHC apresenta na tela a lista de topografias descritas na CID-O, 2ª e 3ª edições, através de seu "termo preferido". Desta forma, pode ocorrer uma situação em que a denominação descrita no prontuário não apareça exatamente nos mesmos termos como opção do Sistema. Mas, é importante e necessário que seja identificado a que termo corresponde a descrição no prontuário, pois a escolha de um que possa nos parecer semelhante pode levar a um erro grave na informação coletada. Podem ser citados como exemplos mais frequentes:

Anotação no prontuário	Descrição no SISRHC
Gânglios	Linfonodos
Tireóide	Glândula tireóide
Supra-renal	Glândula supra-renal

Desta forma, todas as vezes que um termo anotado no prontuário como topografia não for encontrado como opção do *software* SISRHC, deve-se consultar o índice alfabético da CID-O, onde serão mostrados os sinônimos correspondentes e sua codificação. Em seguida, deve-se proceder à consulta da parte inicial da CID-O em Topografia – Lista Numérica, que apontará o termo geral a que se refere.

Exemplo: Anotado no prontuário – supra-renal. Através do Índice Alfabético da CID-O, aparece:

Supra-renal

C74.9 SOE

C74.0 córtex

C74.9 glândula

C74.1 medula

Como pode ser visto, esta codificação relaciona-se ao grupo C74. Consultando a lista numérica de topografias encontramos **C74: GLÂNDULA SUPRA-RENAL**. Este é o termo cadastrado no Sistema SISRHC e que deverá ser escolhido quando anotado "supra-renal" no prontuário.

4. Estou cadastrando um tumor e não encontro a denominação da morfologia anotada no prontuário na lista apresentada na tela do software SISRHC da Fosp. Como proceder?

A mesma observação colocada no parágrafo inicial da questão anterior vale para esta situação. É necessário consultar o índice alfabético da CID-O para identificar o termo correspondente na Lista Numérica – Morfologia. O exemplo mais frequente é o que aparece anotado no prontuário como "carcinoma epidermóide ou espinocelular", que corresponde a carcinoma de células escamosas no SISRHC. Tomando como exemplo o caso em que estiver anotado no prontuário carcinoma espinocelular, deverá ser buscado **Carcinoma** no Índice Alfabético, buscando o código que corresponde a espinocelular. A forma encontrada será:

Carcinoma *(ver também Adenocarcinoma)*
M-8010/3 SOE
M-8010/6 SOE, metastático
(...)
M-8070/3 espinocelular
(...)

A seguir deverá ser buscada então em Morfologia – Lista Numérica a codificação 8070/3, onde estará descrito **8070/3 Carcinoma escamocelular, SOE** - que é o termo cadastrado no SISRHC e que deverá ser escolhido para cadastrar tumores cuja morfologia seja carcinoma espinocelular.

5. Um paciente esteve no hospital para atendimento de uma apendicite em 20/12/1998 e retornou em 21/01/2001 para diagnóstico e tratamento de um tumor. Qual a data a ser anotada no campo data da 1ª consulta?

O campo data da 1ª consulta deve coletar a informação referente à data em que foi estabelecido o primeiro atendimento ao paciente relacionado ao tumor que está sendo cadastrado e não à primeira vez em que o paciente foi atendido no Hospital por qualquer outro motivo. Neste caso, a data a ser registrada como 1ª consulta será 21/01/2001.

6. Cadastrei um tumor com data de diagnóstico 20/03/2000. Em que período devo informar seguimento deste caso?

Os dados de seguimento poderão ser informados a qualquer momento a partir da data de diagnóstico do tumor, sempre que houver informação atualizada sobre o paciente e a evolução da doença. No entanto, a obrigatoriedade do preenchimento ocorrerá durante o período de cobrança de seguimento, que se inicia a partir de um ano da data de diagnóstico. Neste exemplo, o 1º seguimento deverá ser informado entre março de 2001 e março de 2002 (primeiro período de cobrança de seguimento). A informação poderá ser preenchida a qualquer época dentro deste período e sempre que houver informação disponível, ou seja, o Sistema aceitará o preenchimento da informação mais de uma vez dentro deste período de cobrança. Os próximos seguimentos serão cobrados a cada ano subsequente à data de diagnóstico do tumor.

7. Estou cadastrando seguimento de um tumor cuja data de diagnóstico é 20/03/2000. Ao analisar o prontuário encontrei as seguintes informações: o paciente compareceu para consulta em 20/02/2001, tendo seu estado sido considerado como "doença estável". Em 25/06/2001, há registro de nova consulta com aparecimento de recidiva. Como cadastrar estes dados?

Tomando como base a data de diagnóstico, que é de março de 2000, deverá ser informada a situação do tumor um ano depois, ou seja, a partir de março de 2001. Desta forma, será considerada neste momento a informação de 20/02/2001, onde em situação atual do paciente será anotada código 2 – Vivo com câncer. O aparecimento

de recidiva será informado no 2º período de cobrança de seguimento (março/2001 a março de 2002), pois apareceu em data posterior ao 1º período de cobrança.

8. Paciente admitido em 20/01/2003. No mês de janeiro de 2011 ("data de aniversário do tumor"), o seguimento é cobrado pelo sistema e o registrador busca a informação no prontuário, onde encontra que a última informação registrada data de 30/03/2005. Portanto, o paciente não comparece ao hospital há mais de dois anos (intervalo entre março/2005 e janeiro/2011 é superior a 6 anos). Como atualizar o seguimento deste caso?

Situação 1: O registrador tenta conseguir informação atualizada por contato telefônico ou carta, mas não consegue. Neste caso, deverá ser escolhida a opção **PERDA de SEGUIMENTO** e a data do último seguimento informado será igual à data da última informação registrada no prontuário (30/03/2005).

9. Paciente admitido em 20/01/2003. No mês de janeiro de 2011 ("data de aniversário do tumor"), o seguimento é cobrado pelo sistema e o registrador busca a informação no prontuário, onde encontra que a última informação registrada data de 30/03/2005. Portanto, o paciente não comparece ao hospital há mais de 2 anos. Como atualizar o seguimento deste caso?

Situação 2: O registrador tenta conseguir informação atualizada por contato telefônico e é informado em 20/01/2011 que o paciente está bem. Deve ser escolhida a opção VIVO, SOE e a data do último seguimento é a data em que esta informação foi obtida (20/01/2011). Desta forma, toda vez que o intervalo de tempo entre a última informação registrada no prontuário e a data de preenchimento do seguimento for superior a dois anos, e o registrador conseguir informação atualizada por telefone ou carta, este caso **NÃO** será considerado uma perda de seguimento, devendo, portanto, ser escolhida uma das opções entre **VIVO, com câncer**; **VIVO, SOE**; **ÓBITO POR CÂNCER** ou **ÓBITO, SOE**. Neste caso, a data do último seguimento informado será igual à data da informação obtida por telefone ou carta.

10. Paciente admitido em 20/12/2004. No mês de dezembro de 2010 ("data de aniversário do tumor"), o seguimento é cobrado pelo sistema e o registrador busca a informação no prontuário, onde encontra que a última informação registrada data de 05/04/2009. O intervalo de tempo entre a data do último seguimento (*05/04/2009)* e a data do registro da informação (*dezembro/2010)* é inferior a dois anos.

Neste caso, registram-se as informações do seguimento e a data da última informação de acordo com os dados disponíveis no prontuário hospitalar (data do último seguimento = 05/04/2009).

11. Já cadastrei seguimento de um tumor e agora preciso fazer uma alteração na Ficha de Admissão. O software não permite que eu altere dados. Como proceder?

A partir do momento que se cadastra o primeiro seguimento entende-se que os dados informados na Admissão estão completos e, desta forma, o *software* não permite que se alterem dados da Admissão, com exceção das variáveis "nome da mãe", "escolaridade" e "lateralidade". Havendo necessidade de se alterar a admissão, já tendo sido informado seguimento, a única forma é excluir o(s) seguimento(s) cadastrado(s), efetuar a alteração necessária na admissão e digitar novamente o(s) seguimento(s).

12. Registrei por engano a informação de óbito numa Ficha de Seguimento. Como efetuar a alteração?

Uma vez informado óbito, não será possível cadastrar qualquer alteração, pois o óbito encerra a rotina de seguimento do tumor. Neste caso será necessário excluir a ficha de seguimento com registro de óbito e cadastrar novamente com os dados corretos.

13. A última informação de seguimento de um tumor foi cadastrada com data de 20/01/2001 e o paciente faleceu em 30/03/2001. Como devo cadastrar esta informação de óbito?

Neste caso deverá ser digitada uma nova Ficha de Seguimento com data de 30/03/2001, informando o óbito.

14. Um mesmo paciente tem dois tumores cadastrados: um cujo diagnóstico é melanoma, do qual ele se apresenta sem evidência de doença e o outro, Doença de Hodgkin, que se encontra em evolução. Como cadastrar seguimento destes tumores?

O RHC constitui-se num registro de tumores e não de pacientes. Desta forma, deve retratar a situação específica de cada tumor cadastrado. Sendo assim, uma mesma pessoa com mais de um tumor poderá ter registros diferentes em relação a tratamentos e situação atual do paciente, às vezes, no mesmo período. Neste exemplo, no seguimento referente a melanoma serão registrados tratamentos específicos realizados para este tumor, se ocorreram, e na situação atual do paciente deverá ser informado "vivo, SOE". No seguimento do segundo tumor (Doença de Hodgkin), serão igualmente cadastrados tratamentos realizados para este especificamente e na situação atual do paciente será informado "vivo, com câncer".

15. Meu computador tem apresentado problemas. Posso reinstalar o SISRHC usando os CD´s de instalação?

A partir do ano de 2012 não haverá mais CD de instalação do sistema. Desta forma, o ideal seria entrar em contato com a equipe do Registro Hospitalar de Câncer da Fosp.

16. Perdi todos os dados digitados e não tinha backup (cópia). Posso recuperar os prontuários e digitar tudo novamente?

O principal fato a ser observado neste caso é que o *software* atribui automaticamente, a cada ficha digitada, o número do RHC. Os dados que foram perdidos, uma vez que tenham sido encaminhados à Fosp já constam do arquivo estadual com determinado número de identificação. Ao serem digitados novamente receberão outra numeração e no próximo envio de dados à Fosp serão copiados novamente, duplicando todo o arquivo. O melhor a fazer nesta situação é entrar em contato com a Fosp, solicitando cópia do que já foi encaminhado. Após instalação desta cópia, serão então redigitados apenas os que tinham sido registrados após o último envio à Fosp.

9 ERROS FREQUENTES

Erros no registro de casos acontecem por desconhecimento de definições e de conceitos ou por manuseio incorreto do sistema SISRHC. Alguns, no entanto, como ocorrem com maior frequência, merecem atenção redobrada. Abaixo, seguem explicações mais completas a respeito de cada um deles.

a) Comportamento biológico do tumor x estádio clínico

- Tumores *in situ* (comportamento /2): Devem, obrigatoriamente, ser registrados com estádio clínico igual a zero (EC = 0)

- Tumores invasivos (comportamento /3): Devem, obrigatoriamente, ser registrados com estádio clínico diferente de zero (EC ≠ 0), sendo possíveis os estádios I, II, III ou IV. **Exceção:** Doença de Paget (morfologia 8540/3) da mama, a qual apresenta um código de comportamento biológico invasivo (/3), porém, é uma doença *in situ* e deve ser registrada com EC = 0.

b) Braquiterapia X Radioterapia

A **Braquiterapia** é uma modalidade intra-cavitária de **tratamento radioterápico** (radioterapia interna). Se for constatado por dados do prontuário hospitalar que o paciente recebeu este tipo de tratamento, a opção "Radioterapia" deverá ser registrada. Não se deve escolher "Outros".

c) Hormonioterapia X Reposição hormonal durante a menopausa

A **Hormonioterapia** é uma modalidade de tratamento que afeta o tecido neoplásico. É realizado com agentes capazes de interferir nos mecanismos hormonais e anti-hormonais por meio da administração de hormônios, da retirada cirúrgica de glândulas ou de sua destruição por ação da radioterapia. Esta modalidade de tratamento contra alguns tipos de câncer não deve ser confundida com a "Reposição hormonal" realizada por mulheres durante a menopausa.

d) Conização do colo uterino X Cirurgia

A **Conização** é uma modalidade de **cirurgia** na qual ocorre a retirada de uma parte do colo do útero em forma de cone para remoção da área tumoral. Nota-se que em muitos prontuários hospitalares a conização do colo uterino aparece como um dos tratamentos recebidos pela paciente. Nestes casos, a opção de tratamento recebido pela paciente dever ser **"Cirurgia"**, não sendo recomendada a escolha da opção "Outros".

e) Instituição de origem (preenchimento obrigatório para casos não analíticos)

Para os casos de câncer não analíticos, o SISRHC solicita que o registrador selecione a instituição de origem do paciente em uma lista. Caso o nome do hospital não seja localizado, o preenchimento deverá ser manual. **Recomenda-se que, primeiramente, o registrador realize a busca do nome da instituição de origem na lista apresentada na tela do SISRHC**. Em último caso, somente se o nome não for encontrado, o registro deverá ser manual.

f) Alteração de endereço do paciente

Caso o paciente mude de residência, **o novo endereço deverá ser preenchido na Ficha de Seguimento**. Uma vez cadastrado um endereço na Ficha de Admissão, este não poderá ser alterado. Para um Registro Hospitalar de Câncer o mais importante é conhecer o local de residência do paciente no momento do diagnóstico, devendo este ser mantido na Ficha de Admissão.

9 GLOSSÁRIO

Este glossário reúne termos utilizados na rotina do RHC.

A

Adenocarcinoma – tumor maligno que se desenvolve nos tecidos glandulares.

Anatomia Patológica – modalidade de exame realizado através do estudo macroscópico e microscópico de líquidos orgânicos e tecidos, que permite identificar a morfologia (tipo de célula) do tumor, estabelecendo assim o grau máximo de certeza do diagnóstico.

B

Basocelular (neoplasia) – tumor epitelial que é proveniente das células basais (camada mais profunda) ou de estruturas que derivam das mesmas.

Betaterapia – modalidade de radiação ionizante de baixa voltagem usada para o tratamento de lesões superficiais.

Biópsia – retirada de tecido, por punção ou cirurgia, para exame microscópico com a finalidade de estabelecer diagnóstico morfológico.

Braquiterapia – modalidade de tratamento radioterápico que utiliza implantes intersticiais, moldes, sementes, agulhas ou aplicadores intracavitários de materiais radioativos tais como césium, radium, radon ou ouro radioativo.

C

Carcinoma – sufixo relativo à neoplasia maligna.

Carcinoma *in situ* – tumor localizado na camada superficial do tecido, sem ramificações, envolvimento local, regional ou à distância.

Caso analítico – caso de neoplasia maligna cujo planejamento e tratamento antineoplásico foi realizado no hospital. Constitui o alvo principal do RHC, por se tratar de caso no qual o hospital interferiu diretamente sobre a evolução da doença.

Caso não analítico – caso de neoplasia maligna que chega ao hospital para complementação terapêutica ou com doença avançada sem possibilidade de se beneficiar da terapêutica específica para o tumor, recebendo apenas tratamento sintomático ou paliativo. As informações referentes a estes casos são menos completas que a dos casos analíticos e são excluídos de quase todas as tabulações, especialmente as de cálculo de sobrevida, mas podem ser incluídas em tabulações que busquem avaliar a magnitude que os casos de câncer representam para o hospital, o número de pacientes atendidos durante o ano, etc.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão. Classificação elaborada pela Organização Mundial de Saúde, destinada à codificação de diagnósticos.

CID-O – Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. Classificação elaborada pela Organização Mundial de Saúde, a partir da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10) para uso em oncologia com a finalidade de classificar a topografia, morfologia e comportamento biológico das neoplasias.

Citologia – estudo das células para estabelecer sua linhagem histológica e a ocorrência de anormalidades.

Comportamento biológico do tumor – o último dígito de codificação da morfologia tumoral (após a barra), indica o comportamento do tumor, sendo: /1 – comportamento incerto se benigno ou maligno; /2 – carcinoma *in situ*; /3 – tumores de comportamento maligno, localização primária; /6 – maligno, localização metastática; /9 – maligno, incerto se a localização é primária ou metastática.

D

Diagnóstico morfológico – definição do tipo de tecido (célula) que constitui o tumor do paciente.

E

Estadiamento – avaliação da extensão da neoplasia maligna, para planejamento da terapêutica e elaboração de prognóstico de evolução da doença.

H

Histologia – identificação e determinação das características de um tecido através de exame microscópico. Exame usado para identificar o tipo de célula do qual é composto determinado tumor.

Hormonioterapia – modalidade de tratamento realizado com agentes capazes de interferir nos mecanismos hormonais e anti-hormonais. Podem ser realizados através da administração de hormônios, da retirada cirúrgica de glândulas ou de sua destruição por ação da radioterapia.

I

Imunoterapia – modalidade terapêutica empregada no tratamento anti-neoplásico, com objetivo de aumentar a resposta imune do paciente.

***In situ* –** tumor numa fase inicial, circunscrito ao local de surgimento do tumor, sem invasão de tecidos vizinhos.

Invasivo – tumor que cresce atingindo as estruturas justapostas ou contíguas.

M

Metástase – ocorrência de tumor secundário por implante de tecido proveniente do tumor primário através do sangue, linfa, líquido ascítico, líquido pleural, líquido céfalo-raquídeo ou por contiguidade.

Morfologia – especificação do tipo de célula do tumor, diferenciação celular e comportamento biológico. Pode ser expresso através de código numérico da CID-O.

N

Neoplasia/neoplasma (tumor) – lesão tumoral cujo comportamento biológico poderá ser maligno (câncer) ou benigno.

O

Oncológico – relativo ao câncer.

P

Prognóstico – juízo médico sobre a evolução, duração e desfecho de uma doença

Q

Quimioterapia - tratamento com drogas (quimioterápicos), realizado através de aplicações fracionadas e repetidas de medicamento. O tratamento é efetuado através de ciclos, que correspondem ao conjunto de medicamentos que compõem um módulo de tratamento. Estes ciclos poderão ser compostos de um ou múltiplos medicamentos e ter a duração de um ou vários dias.

R

Radioterapia – modalidade de tratamento utilizada para o tratamento antineoplásico, utilizando radiação ionizante, através de fontes radioativas ou de aparelhos que quando energizados emitem radiação.

Recidiva – reaparecimento da doença tempos após ter sido considerada como curada.

S

SOE – sigla cujo significado é Sem Outra Especificação; muito utilizada em tumores cujo diagnóstico é genérico.

T

Tipo histológico – caracterização da estrutura celular do tumor através de exame microscópico.

Tipo morfológico – caracterização da estrutura celular do tumor através de exame microscópico de tecido do tumor primário ou de suas metástases.

Topografia (localização) – localização topográfica do tumor em relação aos órgãos

e sistemas do corpo humano, utilizando os códigos da CID-O.

Tumor – crescimento de tecido através de multiplicação descontrolada e progressiva de células.

Tumor "diferente" – tumores dos grupos histológicos 1, 2, 3, 5 e 6 em um mesmo órgão são considerados diferentes, quando o objetivo é definir tumores múltiplos. Assim, um tumor "diferente" em um mesmo órgão é considerado um novo tumor. Os grupos 4 e 10 incluem tumores que não foram satisfatoriamente classificados histologicamente, não podendo, portanto, ser considerados como tumores múltiplos, se um outro se repete no mesmo indivíduo.

Tumor disseminado – tumor metastático que atinge mais de quatro órgãos.

Tumor metastático – transferência da doença de um organismo para outro, não diretamente conectado a ele. A capacidade de metástase é a característica de todo tumor maligno.

Tumor primário – tumor que se inicia primariamente em um tecido ou localização primária.

Tumores multicêntricos ou sistêmicos – tumores de alta capacidade de disseminação e que podem envolver muitos órgãos, como são os exemplos dos linfomas, leucemias e sarcoma de Kaposi (grupos 7, 8 e 9). Casos destes tumores são considerados como de tumor único.

Tumores multifocais - tumores múltiplos isolados, aparentemente sem continuidade anatômica entre si, originados na mesma localização primária ou tecido.

Tumores primários múltiplos – vários tumores em um órgão (ou par de órgãos) ou tecido com o mesmo tipo histológico.

10 SIGLAS

Estão descritas, abaixo, o significado de siglas utilizadas neste Manual e outras que são referência quando se trata de câncer.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão. Classificação elaborada pela Organização Mundial de Saúde, destinada à codificação de diagnósticos.

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – Organismo responsável pelo estabelecimento de estadiamento utilizado para os tumores ginecológicos.

IACR – International Association of Cancer Registries – Organismo internacional que congrega os registros de câncer (populacionais e hospitalares), com o objetivo de padronizar condutas, disseminar material técnico e promover congressos.

IARC – International Agency of Research on Cancer - Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer – Organismo da Organização Mundial de Saúde responsável por pesquisas e orientações voltadas para a área de câncer.

INCA – Instituto Nacional do Câncer – Órgão da estrutura do Ministério da Saúde responsável pela gestão da política de câncer no país, e que possui unidades hospitalares destinadas ao atendimento do paciente com câncer, entre elas o Hospital do Câncer.

NCI – National Cancer Institute – Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos da América.

OMS – Organização Mundial de Saúde – organismo internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) com sede em Genebra e que se dedica ao estudo global das questões relacionadas à saúde.

SISRHC – Sistema Informatizado do Registro Hospitalar de Câncer

TNM – Classificação desenvolvida pela UICC (União Internacional Contra o Câncer) utilizada para estabelecer o grau de evolução do câncer (estadiamento), levando-se em consideração o tamanho do tumor primário (T), o comprometimento ganglionar (N) e a ocorrência de metástase (M).

UICC – União Internacional Contra o Câncer – organismo internacional vinculado à Organização Mundial de Saúde responsável pela elaboração do sistema TNM para estadiamento de tumores.

ANEXOS

FICHA DE ADMISSÃO

Instituição: _____ **Número RHC:** _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Categoria Atend.: ☐ 1. SUS / 2. Convênio / 3. Particular Data de Nascimento: / /

Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento 4. CPF / 5. Cartão SUS Nº: _____ Idade: _____

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Escolaridade: ☐ 1.Analfabeto / 2.Ens.Fundamental incompleto / 3.Ens.Fundamental completo / 4.Ensino Médio completo / 5.Superior completo / 9.Ignorado

Estado/País de nascimento: _____

Residência atual

Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Tel.: _____ CEP: ☐☐☐☐☐-☐☐☐

Cidade: _____ UF: ☐☐

SITUAÇÃO DO PACIENTE À ADMISSÃO

Data da primeira consulta: / / Clínica do atendimento: _____

Diagnóstico/tratamento anterior: ☐ 1. sem diagnóstico/sem tratamento / 2. com diagnóstico/sem tratamento / 3.com diagnóstico/com tratamento 4.outros

Instituição de origem: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Data do 1º diagnóstico: / /

Base para realização do diagnóstico: ☐ 1.exame clínico / 2.recursos auxiliares não microscópicos / 3.confirmação microscópica / 9.sem informação

Caracterização do tumor principal

Localização primária: ☐☐☐☐ _____ Lateralidade : ☐ 0 - Não se aplica 1 - Direita 2 - Esquerda

Tipo histológico: ☐☐☐☐☐ _____

Estadio clínico: ☐☐☐☐ T: ☐☐☐ N: ☐☐☐ M: ☐☐ Outro estadiamento: _____

S: ☐☐☐ G: ☐☐☐ Fatores de Risco : ☐☐☐☐☐

Estadio pós-cirúrgico: PT: ☐☐☐ pN: ☐☐☐☐☐ pM: ☐☐

Metástases:

_____ ☐☐☐ _____ ☐☐☐

_____ ☐☐☐ _____ ☐☐☐

Instituição: _____ **Número RHC:** _____

EVENTOS DESSE ATENDIMENTO

Data de início do tratamento no hospital: / /

Tratamento recebido no Hospital:

- ☐ Nenhum
- ☐ Cirurgia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Hormonioterapia
- ☐ TMO
- ☐ Imunoterapia
- ☐ Outros

Fora do hospital antes da admissão:

- ☐ Nenhum
- ☐ Cirurgia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Hormonioterapia
- ☐ TMO
- ☐ Imunoterapia
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

Fora do hospital durante e/ou após admissão:

- ☐ Nenhum
- ☐ Cirurgia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Hormonioterapia
- ☐ TMO
- ☐ Imunoterapia
- ☐ Outros
- ☐ Sem informação

Razão para não realização do tratamento no hospital : ☐
1.Recusa do tratamento/ 2.Doença avançada, Falta de condições clínicas/ 3.Outras doenças associadas
4.Abandono tratatamento/ 5.Óbito por câncer/ 6.Óbito por outras causas, SOE/ 7.Outras/ 8.Não se aplica
9. Sem infomação

Estado da doença ao final do tratamento: ☐
1.Sem evidência da doença / 2.Remissão parcial / 3.Doença estável/ 4.Doença em progressão
5.Fora de possibilidade/ 6.Óbito por câncer/ 7.Óbito por outras causas,SOE/ 8.Tratamento não concluído
9.Não se aplica/ 10.Sem informação

Data do óbito: / / Data de preenchimento: / / Registrador: _____

OBSERVAÇÕES

Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

Data : 20/02/2013

FICHA DE SEGUIMENTO

Instituição: **Número RHC:**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento 4. CPF / 5. Cartão SUS N°: _____

Dt. Nascimento: / / Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino

Nome: _____

ÚLTIMA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Situação Atual: ☐ 1.Vivo com câncer / 2.Vivo, SOE / 3.Óbito por câncer / 4.Óbito, SOE

Data da Informação: / /

Tratamento Realizado no hospital:
☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
☐ Hormonioterapia ☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros

Tratamento Realizado fora do hospital:
☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonioterapia
☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros ☐ Sem informação

Recidiva: ☐ 1.Local / 2.Regional / 3.Não / 9.Sem Informação

Data da Recidiva/Metástase: / /

Metástase:

_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐
_____ ☐☐☐

Data do Óbito: / /

Data do Preenchimento: / / Registrador: _____

OBSERVAÇÕES

GABARITO DO ARQUIVO DBF

CAMPO	DESCRIÇÃO
IBGE	Código do município brasileiro, segundo o IBGE, onde reside o paciente
ESCOLARI	Escolaridade: 1 – Analfabeto; 2 – Ensino Fundamental Incompleto; 3 – Ensino Fundamental completo; 4 – Ensino Médio Completo; 5 – Ensino Superior; 9 – Ignorado
IDADE	Idade do paciente
DTNASC	Data de nascimento
SEXO	Sexo do paciente: 1 – Masculino; 2 – Feminino
UFNASC	Estado (UF) de nascimento
UFRESID	Estado (UF) da residência
DTOBITO	Data do óbito
DIAGPREV	Diagnóstico e tratamento anterior: 1 – Sem diagnóstico e sem tratamento; 2 – Com diagnóstico e sem tratamento
CATATEND	Categoria de atendimento à admissão: forma do atendimento realizado no hospital, no momento da admissão, de acordo com: SUS; Convênio; Particular (a partir de março/2013)
SITUACAO	Estado atual após o primeiro tratamento: 01 – Sem evidência da doença; 02 – Remissão parcial; 03 – Doença estável; 04 – Doença em progressão; 05 – Fora de possibilidades terapêuticas; 06 – Óbito por câncer; 07 – Óbito por outras causas; 08 – Tratamento não concluído; 09 – Não se aplica; 10 – Sem informação
NAOTRAT	Razão para a não realização do tratamento: 1 – Recusa do tratamento; 2 – Doença avançada, falta de condições clínicas; 3 – Outras doenças associadas; 4 – Abandono do tratamento; 5 – Óbito por câncer; 6 – Óbito por outras causas; 7 – Outras razões; 8 – Não se aplica; 9 – Sem informação
BASEDIAG	Base utilizada para o diagnóstico: 1 – Exame clínico; 2 – Recursos auxiliares não microscópicos; 3 – Confirmação microscópica; 9 – Sem informação
TOPO	Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
MORFO	Morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
DTCONSULTA	Data da primeira consulta
DTDIAG	Data do diagnóstico do tumor
EC	Estádio clínico (TNM, 5ª e 6ª edições)
T	Código T (TNM, 5ª e 6ª edições)
N	Código N (TNM, 5ª e 6ª edições)
M	Código M (TNM, 5ª e 6ª edições)

DTTRAT Data de início do primeiro tratamento

TRATAMENTO Tipo(s) de tratamento(s) proposto(s):

A – Cirurgia
B – Radioterapia
C – Quimioterapia
D – Cirurgia + Radioterapia
E – Cirurgia + Quimioterapia
F – Radioterapia + Quimioterapia
G – Cirurgia + Radio + Quimio
H – Cirurgia+Radio+Quimio+Hormonio
I – Outras combinações de tratamento
J – Nenhum tratamento realizado
K – Sem informação do tratamento

META01 Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)

META02 Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)

META03 Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)

META04 Localização da metástase (CID-O 2ª e 3ª edições)

DTULTSEG Data do último seguimento informado

A) SITULTSEG (até dez/2011) Situação do paciente no último seguimento informado:
1 – Vivo com câncer
2 – Vivo, SOE
3 – Óbito por câncer
4 – Óbito, SOE
5 – Liberado de seguimento
9 – Sem informação

B) SITULTSEG (a partir de mar/2012) Situação do paciente no último seguimento informado:
1 – Vivo com câncer
2 – Vivo, SOE
3 – Óbito por câncer
4 – Óbito, SOE
5 – Perda de seguimento

ANODIAG Ano do diagnóstico do tumor

ECGRUP Estadiamento TNM agrupado

TOPOGRUP Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições), com 3 dígitos

CICI Estadiamento Infantil – Grupo + Subgrupo

CICIGRU Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Grupo

CICISUBGRU Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Subgrupo

FAIXAETARI Faixa etária (de 10 em 10 anos)

A) LATERALI Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares
1 – Direita
2 – Esquerda
3 – Indiferente

B) LATERALI (a partir de set/2011) Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares
1 – Direita
2 – Esquerda
3 – Não se aplica

DSCTOPO Descrição da topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)

DSCMORFO Descrição da morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)